

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

KATEŘINA ŠTENGLOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ergoterapie B0915P360009

Kateřina Štenglová

VYUŽÍTÍ MUZIKOTERAPEUTICKÝCH PRVKŮ V RÁMCI ERGOTERAPIE U DĚTSKÝCH PACIENTŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Plzeň 2022

Zadání BP

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 03. 2022

.....

vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Štenglová Kateřina

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Využití muzikoterapeutických prvků v rámci ergoterapie u dětských pacientů s kombinovaným postižením

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Počet stran: číslované: 89

Počet stran: nečíslované: 16

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 80

Klíčová slova: muzikoterapie, hudba, kombinované postižení, děti

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na využití muzikoterapeutických prvků v rámci ergoterapeutické praxe. Sledovaným souborem jsou konkrétně dvě skupiny. První z nich tvoří 28 ergoterapeutů z České republiky, druhou 37 ze zahraničí. Tyto dvě skupiny byly vybrány hlavně z důvodu získání většího množství dat a možnosti zmapování rozdílů situace v ČR a mimo ni. Ze zahraničních respondentů se do výzkumu zapojili nejvíce ergoterapeuti ze Spojených států Amerických a Velká Británie, ale také z Austrálie, Kanady, Rakouska, Německa a dalších zemí. Ti prostřednictvím elektronicky rozesílaných dotazníků odpovídali na otázky týkající se výše zmíněné problematiky.

Hlavním cílem bylo zjistit, zda mají hudební elementy v ergoterapii své zastoupení, jakým způsobem jsou různé muzikoterapeutické prvky využívány a jaké má toto propojení s hudbou vliv na děti s kombinovaným postižením. Velmi často jsou tato postižení poměrně závažná, dětem i jejich rodinám způsobují obtíže v mnoha oblastech a terapie s nimi vyžaduje používání různých alternativních přístupů, jako je muzikoterapie. To je hlavní důvod, proč si autor zvolil právě tuto dětskou skupinu.

Výsledky naznačují, že muzikoterapeutické prvky mají v dětské ergoterapii poměrně široké využití, ačkoliv je v mnoha případech patrná absence vhodného vzdělávání i standardizovaných hodnotících metod.

ABSTRACT

Surname and name: Štenglová Kateřina

Department: Department of rehabilitation science

Title of thesis: The use of music therapy elements in occupational therapy in pediatric patients with combined disabilities

Consultant: MSc. Veronika Vrbská

Number of pages: numbered: 89

Number of pages: unnumbered: 16

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 80

Keywords: music therapy, music, multiple disability, children

Summary:

This bachelor thesis focuses on the use of music therapy elements within occupational therapy practice. This study has two groups of participants. The first one consists of 28 occupational therapists from the Czech Republic, the second one consists of 37 occupational therapists from abroad, in order to obtain more data and to be able to map the differences between the situation in the Czech Republic and abroad. Of the foreign respondents, occupational therapists from the United States of America and the United Kingdom, as well as from Australia, Canada, Austria, Germany and other countries participated in the research. They answered questions on the above-mentioned issues through electronically sent questionnaires.

The main aim was to find out whether musical elements are represented in occupational therapy, how different music therapy elements are used and what effect this connection with music has on children with combined disabilities. Very often these disabilities are quite severe, causing difficulties for children and their families in many areas, and therapy with them requires the use of different alternative approaches like music therapy. This is the main reason why I chose this particular group of children.

The results suggest that music therapy elements are quite widely used in paediatric occupational therapy, although the lack of appropriate training and standardised assessment methods is evident in many cases.

PŘEDMLUVA

Dětská populace, bez ohledu na druh diagnózy, je pro ergoterapeuty velmi specifická skupina. V mnohých případech vyžaduje práce s dětmi využití speciálních metod, pomůcek, her a dalších prostředků už k prvotnímu zaujetí dítěte a k následné spolupráci při terapii především. Děti jsou od přírody velmi hravé a dle autorova názoru je právě hudba jedním ze zajímavých prostředků, jak vést terapii zábavnou formou, zaujmout dítě a zároveň podpořit dosažení stanovených rehabilitačních cílů.

Bakalářská práce se zabývá muzikoterapií jako samostatným oborem, ale především možností jejího propojení s ergoterapií u dětí. Klade si za cíl zjistit, jaké má využití muzikoterapeutických prvků v praxi pediatrických ergoterapeutů zastoupení a jakým způsobem může terapii dětí s kombinovaným postižením pozitivně ovlivnit. Zároveň se věnuje zmapování a porovnání situace této problematiky v České republice a dalších zemích nejen Evropy, ale celého světa.

Poděkování:

Děkuji paní MSc. Veronice Vrbské za odborné konzultace, cenné rady a vedení mé bakalářské práce. Další poděkování patří také všem respondentům, českým i zahraničním ergoterapeutům, kteří mi prostřednictvím dotazníku poskytli důležité informace pro výzkum.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM GRAFŮ	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ	16
1.1 Terminologie.....	16
1.2 Vymezení pojmu.....	17
1.3 Etiologie.....	20
1.4 Klasifikace kombinovaných postižení	20
2 ERGOTERAPIE.....	22
2.1 Specifika dětské ergoterapie	23
3 MUZIKOTERAPIE	24
3.1 Definice a vymezení pojmu muzikoterapie	24
3.1.1 Mezioborové souvislosti	25
3.2 Charakteristické znaky muzikoterapie	25
3.3 Struktura.....	28
3.3.1 Dělení muzikoterapie podle počtu klientů	28
3.3.2 Metody a techniky muzikoterapie	29
3.4 Vývoj léčivých účinků hudby a muzikoterapie	32
3.4.1 Právěk.....	32
3.4.2 Starověk	33
3.4.3 Středověk	34
3.4.4 Renesance a raný novověk.....	34

3.4.5	17. a 18. století	34
3.4.6	19. a 20. století	35
3.4.7	Vývoj současné podoby muzikoterapie	35
4	MUZIKOTERAPEUTICKÉ PRVKY V ERGOTERAPII	38
4.1	Funkce horních končetin.....	38
4.1.1	Rozsah pohybu	38
4.1.2	Jemná motorika	39
4.1.3	Úchop	40
4.1.4	Koordinace horních končetin	41
4.1.5	Vizuomotorická koordinace a pohyby hlavy	41
4.2	Pohyb a sebeobsluha	41
4.3	Smyslové vnímání, stimulace sluchu	42
	PRAKTICKÁ ČÁST	44
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	45
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	45
7	METODIKA PRÁCE.....	46
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	46
9	SBĚR DAT.....	47
10	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU	49
11	DISKUZE.....	80
	ZÁVĚR.....	89
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	90
	SEZNAM PŘÍLOH	98
	PŘÍLOHY	99

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vznik vícenásobného postižení z několika postižení.....	17
Obrázek 2 Vznik vícenásobného postižení kombinací postižení a narušení	18
Obrázek 3 Možné kombinace postižení a jejich důsledek.....	19
Obrázek 4 Muzikoterapie v souvislosti s jinými obory	27
Obrázek 5 Využití rakataku pro nácvik supinace a pronace HKK.....	39
Obrázek 6: Změny v koncentraci sAA v reakci na muzikoterapeutické sezení u jedinců s PAS	87
Obrázek 7: Změny v koncentraci sAA v reakci na ergoterapeutické sezení u jedinců s mentálním postižením.....	87

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Míra používání muzikoterapeutických prvků podle typu zařízení – ČR.....	53
Tabulka 2 Procentuální vyjádření používání muzikoterapeutických prvků v ergoterapii...	54
Tabulka 3 Míra používání muzikoterapeutických prvků podle typu zařízení – zahraničí ..	55
Tabulka 4 Míra používání muzikoterapeutických prvků podle jednotlivých zemí	55
Tabulka 5 Kombinace odpovědí na otázku č. 3 – Česká republika.....	57
Tabulka 6 Kombinace odpovědí na otázku č. 3 – zahraničí.....	59
Tabulka 7 Kombinace odpovědí na otázku č. 6 – Česká republika.....	66
Tabulka 8 Kombinace odpovědí na otázku č. 6 – zahraničí.....	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Zahraniční země účastníci se výzkumu.....	48
Graf 2 Zařízení, ve kterých pracují ergoterapeuti – ČR	50
Graf 3 Zařízení, ve kterých pracují ergoterapeuti – zahraničí.....	51
Graf 4 Míra používání muzikoterapeutických prvků v ergoterapii – ČR.....	52
Graf 5 Míra používání muzikoterapeutických prvků v ergoterapii – zahraničí	54
Graf 6 Způsob získávání informací a zkušeností – ČR	56
Graf 7 Způsob získávání informací a zkušeností – zahraničí.....	58
Graf 8 Zájem dětí o hudební prvky v ergoterapii – ČR.....	60
Graf 9 Zájem dětí o hudební prvky v ergoterapii – zahraničí	61
Graf 10 Působení MT na děti s kombinovaným postižením – ČR.....	62
Graf 11 Působení MT na děti s kombinovaným postižením – zahraničí.....	63
Graf 12 Využití muzikoterapeutických prvků v rámci terapeutických aktivit – ČR.....	64
Graf 13 Využití muzikoterapeutických prvků v rámci terapeutických aktivit – zahraničí .	67
Graf 14 Nejčastější použití muzikoterapeutických technik z hlediska diagnóz – ČR.....	72
Graf 15 Nejčastější použití muzikoterapeutických technik z hlediska diagnóz – zahraničí	74

SEZNAM ZKRATEK

ADHD Attention deficit hyperactivity disorder

ADL Activity of Daily Living

ADLs Activities of Daily Living

BBC Brain body center

CNS Centrální nervový systém

COPM Canadian Occupational Performance Measure

ČR Česká republika

DMO Dětská mozková obrna

FASD Poruchy fetálního alkoholového spektra (Fetal alcohol spectrum disorder)

GAS Goal Attainment Scaling

HKK Horní končetiny

MŠMT Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MOHOST Model of Human Occupation Screening Tool

OSVČ Osoba samostatně výdělečně činná

PAS Poruchy autistického spektra

SAA Slinná α -amyláza

SI Senzorická integrace

SMA Spinální svalová atrofie (Spinal muscular atrophy)

ÚVOD

Lidstvo je s hudbou neodmyslitelně spjato. Různé zvuky, rytmus a melodie nás obklopují v každé situaci, i když si to někdy ani neuvědomujeme. Většina z nás vnímá hudbu jako zdroj zábavy nebo jako prostředek k relaxaci. Málokdo si však uvědomuje, že hudba má vliv na celý náš organismus a při správném použití může mít i léčivé účinky.

Především u dětských pacientů je někdy náročné udržet pozornost při daných aktivitách, a proto jsou terapie často vedené formou her. Děti většinou velmi dobře reagují na různé zvuky a hudbu, takže se domníváme, že využití prvků muzikoterapie a hudebních nástrojů v rámci ergoterapie by mohlo terapii zefektivnit, přispět k zabavení a spolupráci dětí, udržení jejich pozornosti, a tím podpořit cestu ke zlepšení jejich stavu v rámci tělesného i mentálního postižení. Konkrétně kombinované postižení, ač může být různě závažné, má ve většině případů podstatný vliv na psychomotorický vývoj dítěte, což se ve značné míře odráží na jejich kvalitě života.

V teoretické části vysvětlujeme základní pojmy, mezi které se řadí muzikoterapie a ergoterapie. V textu také řešíme terapeutické účinky hudby a její vliv na psychickou i fyzickou stránku člověka. Dále se zaměřujeme na termín kombinované postižení u dětských pacientů, včetně jeho různých forem, příznaků a možností terapie.

Hlavní náplní praktické části je analýza a interpretace dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit, v jakém rozsahu jsou různé prvky muzikoterapie využívány v terapii dětí s kombinovaným postižením na území ČR i v zahraničí a jaké to přináší výhody. Kromě toho se zabýváme i dalšími odezvami dětských ergoterapeutů, kteří se podělili o své znalosti, názory a nápady, jak lze toto propojení efektivně využít či naopak.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

Většina závažnějších postižení, poruch či vad má tendenci se sdružovat s dalšími různorodými poruchami. Z toho vyplývá, že jejich nositelé se potýkají s problémy v několika různých oblastech zároveň. (Ludíková, 2005; Opatřilová, 2008) Na základě tohoto faktu se kategorie kombinovaných vad stává pravděpodobně nejsložitější skupinou, a to ze všech různých úhlů pohledu. (Ludíková, 2005)

1.1 Terminologie

V kontextu této problematiky panuje určitá terminologická nejednotnost. Synonymy, se kterými se setkáváme ve starší i novější literatuře jsou pojmy: kombinované postižení, kombinované vady, vícenásobné postižení nebo postižení více vadami. (Ludíková, 2005; Opatřilová, 2013; Bendová, 2015)

Ludíková v roce 2005 zmiňovala, že podobná situace přetrvává i v anglicky mluvících zemích, kde se můžeme setkat s pojmy *serve/multiple disabilities* nebo *multiple handicap*, což odpovídá překladu vícenásobně postižený. Také němčina pracuje s několika výrazy. Označení *schwerstmehrfachbehinderung* odpovídá českému ekvivalentu těžké vícenásobné postižení. (Ludíková, 2005) Zikl (2005) navíc zmiňuje i pojmy *mehrfachbehindert* nebo *plurihandicapes*, které je odvozeno z francouzštiny.

Kantor et al. (2014) v rámci svých teoretických poznatků uvádí, že kombinované vady jsou v mezinárodním kontextu termínem nevhodným, obdobně jako pojem *handicap*. Zastává také názor, že by se pomalu mělo upouštět i od používání širšího pojmu *postižení*, který podle něj odpovídá právě spíše výše zmiňovanému označení *handicap*. Ačkoliv on sám toto pojmenování ve své literatuře uvádí, ospravedlňuje se jeho srozumitelností, jelikož v české legislativě doposud nenalezneme termín odpovídající mezinárodní terminologii. Na závěr svými slovy upozorňuje na více rozšířený pojem *disabilita*, který se stal světově uznávaným, stejně jako z tohoto vyplývající pojmy *multiple disability/serve multiple disability*.

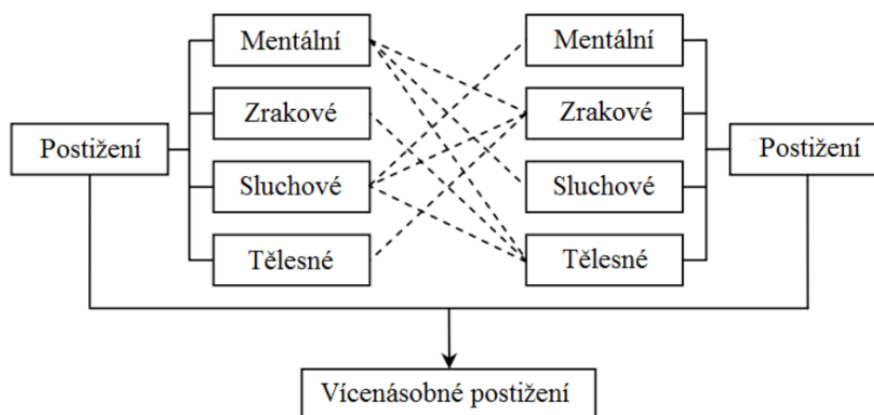
V rámci školského zákona a vzdělávání pracuje MŠMT s pojmem *souběžné postižení více vadami*.

1.2 Vymezení pojmu

Nejasnosti a různorodé názory napříč světem se kromě terminologie objevují i při vymezení pojmu. Na úvod je potřeba zmínit, že pojem kombinované postižení zastřešuje obrovské množství různorodých diagnóz, které současně zahrnují dvě rozdílné vady nebo jejich kombinaci. (Orelve & Sobsey, 1996) Na tento fakt, že jedinec s kombinovaným postižením trpí současně dvěma nebo více různými vadami, poukázali i na našem území autoři defektologického slovníku již v roce 1984. (Sovák et al., 1984) Vzhledem k rokům vydání různorodých publikací na toto téma je patrné, že toto je základ veškerých definic, na kterém se shodují i ostatní autoři již mnoho let. Na jejím zpřesnění už nikoliv.

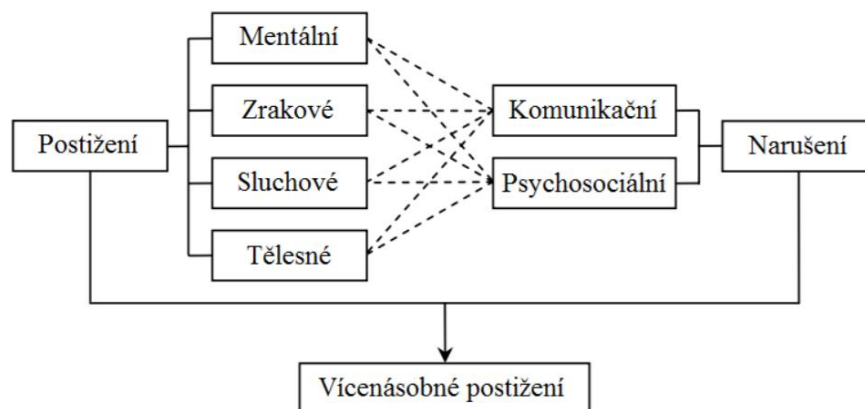
V roce 2003 přišel Vašek s odbornou definicí, která vymezuje vícenásobné postižení jako multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, u kterého se na základě překrývání postižení vytváří tzv. synergetický efekt. Ten je popsán jako vznik nové a odlišné kvality postižení od jednoduchého součtu přítomných postižení.

Obrázek 1 Vznik vícenásobného postižení z několika postižení



Zdroj: Vašek (2003)

Obrázek 2 Vznik vícenásobného postižení kombinací postižení a narušení



Zdroj: Vašek (2003)

Jelikož se však u každého postiženého jedince jedná o velmi specifickou kombinaci různých druhů, stupňů a forem postižení, není možné tento pojem vymezit naprosto přesně. Stejně tak by se mělo pohlížet i na jedince s handicapem, jelikož každý z nich je velmi individuální a potřebuje na míru zvolenou intervenci. (Ludíková, 2005)

Někteří odborníci dokonce tvrdí, že o izolovaných postiženích vůbec nelze hovořit, jelikož každé postižení s sebou přináší důsledky v psychickém nebo sociálním vývoji jedince. (Opatřilová, 2005; Sovák, 1986)

Orelve & Sobsey (1996) měli už před více než 20 lety jasno také o tom, že téměř jakékoliv postižení se odráží i v běžném životě. V případě, že se určitá postižení kombinují, jejich dopad na fungování postiženého jedince se ještě znásobuje. Problémy se tak mohou vyskytovat podle specifík jednotlivých postižení a odrážet na dovednostech motorických, kognitivních, psychosociálních nebo na kvalitě zrakového a sluchového vnímání. Na základě narušení v těchto oblastech má pak jedinec problémy například s komunikací, ale také s aktivitami běžného denního života. (Bendová, 2015; Vašek et al., 1999)

Obrázek 3 Možné kombinace postižení a jejich důsledek



Zdroj: Bendová (2015)

V české, potažmo slovenské odborné společnosti se na toto téma pohlíží především z pohledu vzdělávání, respektive z pohledu speciální pedagogiky. Většina informačních zdrojů se tedy rovněž zabývá právě vzděláváním osob s více vadami. Avšak ani současní autoři vydávající odborné publikace se doposud neshodli na jednotné definici a namísto toho se stále vracejí k původním zdrojům a myšlenkám starších autorů.

V neposlední řadě je potřeba uvést jednu z prvních definic, která se v České republice objevila. Byla uvedena ve Věstníku MŠMT ČR č.8/1997 č.j. 25602/97-22, kde je kombinované postižení charakterizováno tímto způsobem: „*Za postiženého vícenásobným postižením se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.*“

1.3 Etiologie

I etiologie takto obsáhlé skupiny postižení je, zcela pochopitelně, velmi pestrá. Za vznik kombinovaných postižení nese odpovědnost mnoho různorodých faktorů, přičemž ke vzniku může dojít také z několika různých příčin zároveň. (Vašek, 2003) U mnoha případů, i přes významný rozvoj medicíny, stále nejsou odborníci schopni etiologické faktory určit. (Ludíková, 2005)

Důsledkem vzniku kombinovaných vad mohou být genetické vady, infekce a intoxikace, poškození CNS, mechanická postižení, chromozomální aberace, vývojové poruchy, ale i metabolické činitele, psychické faktory, traumata a mnoho dalších. (Bendová, 2015; Ludíková, 2005; Vašek, 2003) Vašek (2003) uvádí, že největší množství kombinovaných postižení je spojeno s poškozením CNS, a tedy i s mentální retardací.

Nejtěžšími případy se zpravidla stávají vady vzniklé v prenatálním období, ačkoliv obecně jejich vznik není omezen na určité období života a může se projevit prakticky v jakémkoliv věku. (Ludíková, 2005; Vančová, 2001) Dle vzniku se příčiny z etiologického hlediska člení na prenatální, perinatální a postnatální. (Opatřilová, 2005)

Mezi možné diagnózy predikující vznik vícenásobného postižení jsou řazeny dětské mozkové obrny, Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, Turnerův syndrom, Rettův syndrom, Fetální alkoholový syndrom a mnohé další. (Ludíková, 2005; Opatřilová, 2013; Kelnerová et al., 2016)

1.4 Klasifikace kombinovaných postižení

Do konce 20. století se podle Švarcové (2012) u osob s kombinovaným postižením zohledňoval fenomén tzv. dominantního postižení. Až na počátku 21. století se mnoho autorů na základě určitých podobností snažilo o rozdělení vícenásobných postižení do jednotlivých kategorií i přes to, že kombinovaná postižení jsou vzhledem ke své variabilitě a měnícímu se charakteru symptomů vždy jedinečná a zcela specifická. (Vančová, 2001)

Každý z nich měl na kategorizaci kombinovaných postižení trochu jiný pohled. Příkladem je Sovák (1986), který dělí sdružené defekty podle druhu na slepohluchoněmé, slabomyslné hluchoněmé, slabomyslné slepé, slabomyslné tělesně postižené apod.

Jesenský (2000) se při rozřazování zaměřil na dominantní a převažující postižení a sestavil podrobnější škálu postižení následovně:

1. *Slepohluchota a lehčí smyslové postižení*
2. *Mentální postižení s tělesným postižením*
3. *Mentální postižení se sluchovým postižením*
4. *Mentální postižení s chorobou*
5. *Mentální postižení se zrakovým postižením*
6. *Mentální postižení s obtížnou vychovatelností*
7. *Smyslové a tělesné postižení*
8. *Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou“.* (Jesenský, 2000, str. 15)

O další definici se postaral Vašek (2003), který poměrně obecně rozřadil jedince do 3 skupin. První skupinu utváří osoby s mentálním postižením v kombinaci s jiným postižením, která je podle něho nejpočetnější. Druhou skupinu zastupuje duální smyslové postižení, tedy hluchoslepota. Poslední skupinu utvářejí jedinci s poruchami chování, které je taktéž v kombinaci s jinou vadou.

Rozdělení je také možné podle stupně na lehké a těžké kombinované postižení. První skupina je při správné edukaci schopna dosáhnout určité kvalifikace pro vykonávání pracovní pozice. U druhé skupiny je tím nejlepším předpokladem zvládnutí aktivit běžného denního života. U těch nejtěžších je často jedinec plně odkázaný na pomoc druhé osoby. (Kelnerová et al., 2016)

V návaznosti na definici uvedenou ve Věstníku MŠMT je potřeba ještě zmínit, že v rámci resortu školství jsou pro potřeby vzdělávání žáci s vícenásobným postižením děleni do následujících tří skupin:

- 1) Skupina, v níž je společným znakem mentální retardace. Ta je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Proto je při rozhodování o způsobu vzdělávání pokládána za vadu dominantní.
- 2) Skupina, kterou tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči. Specifickou skupinu tvoří děti hluchoslepé.
- 3) Děti autistické a děti s autistickými rysy

2 ERGOTERAPIE

Podle Světové federace ergoterapeutů se jedná o zdravotnickou profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání podporuje zdraví a lidskou pohodu. Důraz je kladen především na klienta a jeho potřeby, přičemž hlavním cílem je začlenění nebo znovuzapojení klienta do běžného života a činností s ním spojených. Od ergoterapeutů se očekává vhodná intervence vedoucí ke zlepšení schopností potřebných pro výkon povolání a rolí, které klient potřebuje naplňovat nebo jsou od něj očekávány. Součástí ergoterapie je také úprava činností nebo prostředí, což následně umožňuje danou aktivitu provádět lépe. (WFOT, 2012)

Profesní organizace vznikající v jednotlivých zemích vytvářejí svoje vlastní verze definic, které mají zpravidla společné jádro. Pro pochopení českého pojetí ergoterapie je potřeba zmínit i definici České asociace ergoterapeutů, která vysvětluje podstatu ergoterapie jako profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o maximální možné začlenění jedinců do běžného života. Hlavním cílem ergoterapie je zachování nebo znovuoobnovení využívaných schopností tak, aby jedinci s postižením (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním) nebo sociálním znevýhodněním dokázali samostatně vykonávat aktivity běžného denního života včetně pracovních a zájmových činností. (Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

Z výše uvedených charakteristik ergoterapie lze vyzdvihnout důležitost zapojení osob do každodenního života prostřednictvím vykonávání smysluplných aktivit, které se týkají nejen profesního života, ale právě i zmíněných aktivit běžného života každého, kdo služby ergoterapeutů potřebuje. Obě verze také zdůrazňují důležitost klientovi osobnosti a potřeb. Definice napsaná českými autory navíc zmiňuje neomezenost věkem či diagnózou. Současně se také pozastavují nad volnočasovými a zájmovými aktivitami.

Pochopení smyslu ergoterapie a jasnější definice může vycházet z rozebrání základních pojmů a paradigmatů samotného oboru. *Zaměstnání* vyjadřuje aktivitu, které se člověk věnuje. Pojem *terapie* zastupuje léčbu určité nemoci nebo pohybového či mentálního postižení. *Cíl* znázorňuje konec, ke kterému směřujeme. *Aktivita* odpovídá stavu provádění aktivit, které vyžadují pohyb nebo energii. Poslední termín *nezávislost* se týká stavu vyjadřujícího samostatnost a nevyžadování pomoci jiné osoby nebo spoléhání na jinou věc. (O'Brien, 2011) Z těchto pojmů autoři slovníku vytvořili definici, která popisuje ergoterapii jako terapii zaměřenou na zapojování osob do smysluplných činností každodenního života.

Cílem ergoterapie je především umožnit jejich provádění a podpořit aktivní účast na těchto činnostech i navzdory určitému omezení pohybových či mentálních funkcí.

Současná podoba ergoterapie v České republice si klade za hlavní cíl zdokonalení schopností potřebných pro provádění běžných denních, volnočasových a pracovních aktivit, provádění sociálních rolí a pro nejvíce možné zapojení do normální společnosti. (Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

2.1 Specifika dětské ergoterapie

Dětská ergoterapie pracuje se skupinou osob zahrnující kojence, batolata, předškolní děti a děti se školní docházkou až po dospívající. (O'brien & Kuhaneck, 2019)

Dítěti může být ergoterapie doporučena, pokud vykazuje známky opožděného vývoje ve fyzické, sociální, emocionální nebo duševní oblasti. Ergoterapeuti pracující s dětmi si kladou za cíl zlepšit dovednosti dětí potřebné k hraní si, krmení a jedení, oblékání, hygieně, výcviku na toaletě a dalším aktivitám zahrnujícím péči o vlastní osobu. Kromě toho také podporují smysluplné trávení volného času a schopnosti potřebné k tomu stát se žákem a studentem. Aby bylo dítě schopné provádět všechny tyto funkční dovednosti, je potřeba pracovat s jednotlivými problematickými oblastmi. Mezi ty nejčastější, s kterými ergoterapeut pracuje jsou: motorické dovednosti, ovládání orofaciální oblasti, kognitivní a exekutivní funkce, sociální a emoční schopnosti, senzorycké zpracování, společenská participace, rovnováha a koordinace a mnohé další prostředky podporující psychomotorický vývoj. (Thorson, 2021)

Ergoterapeut by měl na dítě pohlížet komplexně a zohlednit všechny složky osobnosti včetně jeho pedagogicko-psychologické diagnózy a psychomotorického vývoje. V rámci ergoterapie potlačujeme negativní následky nemoci, postižení a jejich následný rozvoj. (Kováčová, 2014)

Při práci s dětskými pacienty je potřeba značná dávka trpělivosti, pochopení a respektování jejich individuální osobnosti. Pro dítě je nejvíce přirozenou aktivitou v běžném životě hra. Jejím prostřednictvím se dítě vyvíjí a učí se novým dovednostem, a právě z tohoto důvodu je důležitou součástí dětské ergoterapie a prostředkem pro zlepšování jejich zdravotního stavu. U her je vždy nutné posoudit vhodnou polohu, schopnosti dítěte pro provádění aktivity a jejich respektování. (Krivošíková, 2011) U dětí je také více než potřebná spolupráce s rodinou a dalšími členy multidisciplinárního týmu. (Klusoňová, 2011)

3 MUZIKOTERAPIE

3.1 Definice a vymezení pojmu muzikoterapie

Pojem muzikoterapie sahá až k řecko-latinským kořenům. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba. Pro vyjádření pojmů léčit, ošetřovat, vzdělávat nebo také pomáhat a cvičit nalezneme v řecké terminologii výraz *therapeia*, *therapeineio*, latinský překlad je uváděn jako *iatreia*. (Mátejová & Mašura, 1992)

Jedná se o terapeutický obor, který se prostřednictvím hudby a hudebních prvků snaží o dosažení nehudebních cílů. Těmito pomyslnými metami mohou být cíle léčebné, ale také cíle vedené ke zlepšení kvality života, osobního rozvoje nebo mezilidských vztahů. Oblastí, na které může mít hudba pozitivní dopad, je velké množství, stejně tak je tomu u definic charakterizujících tento stále se rozvíjející obor. (Gerlichová, 2021)

Jednu z významných definic, která zdůrazňuje koncept praxe založené na důkazech, zveřejnili v roce 2005 američtí muzikoterapeuti, kteří uvádějí, že muzikoterapie využívá hudebních intervencí k dosažení individuálních cílů klienta a muzikoterapeut je akreditovaný odborník, který dokončil schválený muzikoterapeutický program. Kromě této definice se usnesli na faktu, že muzikoterapie může pomoci při dosažení různých zdravotních a vzdělávacích cílů. Příkladem je zmírnění bolesti, zlepšení paměti a komunikace, zvládnání stresu nebo podpora fyzické rehabilitace. (AMTA, 2005)

Pro porovnání je možné uvést definici, kterou sestavili členové Muzikoterapeutické asociace České republiky. Ti popisují muzikoterapii jako obor, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut usiluje o rozvinutí potenciálu či obnovení funkce jedince s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb. V terapeutickém procesu toho dosahuje prostřednictvím léčebných a podpůrných postupů s využitím hudby a hudebních elementů. (CZMTA, 2015)

Všeobecně nejvíce uznávanou definici vytvořila Světová federace muzikoterapie (The World Federation of Music Therapy), která definuje muzikoterapii jako profesionální použití hudby a jejích elementů. Své zastoupení má ve zdravotnictví, vzdělávání i v každodenním prostředí. Je vhodná pro jedince, skupiny, rodiny nebo komunity, které se snaží optimalizovat kvalitu svého života a zlepšit své fyzické, sociální, komunikační, emoční, intelektuální a duchovní zdraví. (WFMT, 2011)

Kantor et al. (2009) zařazují muzikoterapii do skupiny tzv. expresivních terapií. Expresivní terapie zahrnují metody pracující s výrazovými uměleckými prostředky, jakými jsou prvky dramatické, literární, pohybové, výtvarné nebo právě hudební povahy.

Mezinárodní asociace uměleckých terapií (MAUT) se přiklání k definici, kterou vytvořila Marie Beníčková a na muzikoterapii pohlíží jako na samostatný umělecko-terapeutický obor, který díky využívání zvuků a hudby rozvíjí a naplňuje bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby každé osobnosti. (Beníčková, 2017)

3.1.1 Mezioborové souvislosti

Nejednotnost již existujících definic má svou logiku. Muzikoterapie je obor, který zatím nemá striktně určené hranice, nýbrž se stále rozvíjí a nachází své pole působnosti ve spolupráci s mnoha různými obory. (Gerlichová, 2021)

Kantor et al. (2009) označují za obory v nejužším kontaktu s muzikoterapií tyto: hudební, psychologické, psychoterapeutické, pedagogické, medicínské, sociologické a lingvistické. Spojitost také vidí mezi jednotlivými expresivními terapiemi.

3.2 Charakteristické znaky muzikoterapie

Z analýzy výše uvedených definic, ale i z mnohých dalších, vyplývají základní charakteristické znaky. Už z názvu je zcela jasné, že muzikoterapie využívá různých zvuků, hudebních elementů (rytmu, melodie, harmonie) a především hudby, která má neverbálně komunikační, emocionální, kreativní a estetické kvality. Může působit relaxačně, dráždivě a dokáže stimulovat energii. Přispívá k naplnění nejrůznějších tělesných, sociálních i emocionálních potřeb. Hudba ovlivňuje mnohé životní funkce jako je krevní tlak, srdeční rytmus, motorika, svalové napětí a podobně. (Kantor et. al., 2009)

Různé části těla rezonují s jinými zvuky a tóny, a proto je možné neverbálními prostředky vyvolat pozitivní změny téměř v jakékoliv dimenzi lidského organismu. Má ovšem i svou podobu verbální. Ta se zprostředkovává zpěvem, rytmizací slov, výkřiky či šepotem. Zpěv a práce s dechem má další, trochu odlišný vliv na psychické a tělesné problémy. (Gerlichová, 2013)

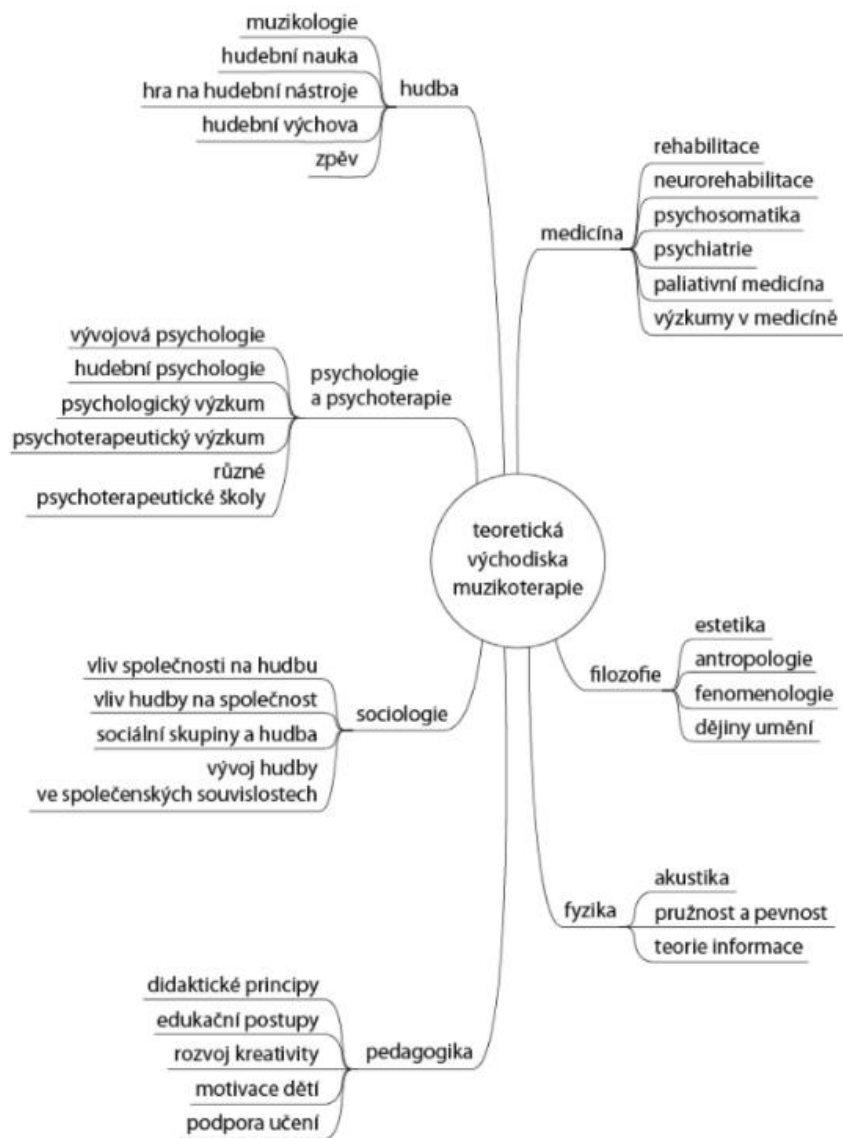
Muzikoterapie je systematický proces, nikoliv jednorázový. Nejedná se o autoterapii (samoléčbu), a proto je velmi důležitý vztah mezi terapeutem a klientem. Měla by být prováděna kvalifikovaným muzikoterapeutem s hudebním vzděláním, na rozdíl od klienta,

od kterého se žádné předešlé hudební zkušenosti nebo vzdělání nepožaduje. Avšak mnohdy bývá terapeutický vztah posílen společným sdílením hudebních zkušeností. (Kantor et al., 2009)

Praktiky muzikoterapie jsou dostupné pro širokou vrstvu populace, která není omezená věkem, sociokulturním zázemím ani specifickými potřebami. Cílovou skupinou jsou především osoby se zdravotními, psychickými či edukačními problémy. Hudebními účinky se zabývá široká škála institucí od psychiatrické a medicínské přes vzdělávací až po soukromé praxe a nápravná zařízení, a to prostřednictvím individuálních i skupinových terapií. (Lipský, 2009)

Z těchto poznatků lze odvodit, že je muzikoterapie ovlivněna kulturou, a proto v každé zemi existují specifické praktiky podpořené vzniklými muzikoterapeutickými společnostmi a asociacemi. Ty se starají o celkový rozvoj, odbornou přípravu terapeutů a dodržování standardů. Tato různorodost prozatím brání vytvoření jediné všeobecně přijímané definice.

Obrázek 4 Muzikoterapie v souvislosti s jinými obory



Zdroj: Gerlichová (2021)

3.3 Struktura

3.3.1 Dělení muzikoterapie podle počtu klientů

Beníčková (2011) uvádí rozdělení do 3 skupin terapií podle počtu klientů na muzikoterapii individuální, párovou a skupinovou. Kantor et. al. (2009) při rozdělování nezmiňují skupinu párovou, namísto toho zařazuje jako samostatný druh terapii komunitní.

3.3.1.1 Muzikoterapie individuální

V rámci individuální muzikoterapie pracuje terapeut pouze s jedním klientem, který v kontextu svého postižení vyžaduje individuální přístup. (Beníčková, 2011) Tento druh terapie je nejvíce ze všech zmíněných založen na interakci a vztahu mezi terapeutem a klientem. I přesto, že se může zdát ekonomicky a personálně náročný, je u některých klientů patrně jediným možným způsobem, jak terapii realizovat. Tato situace nastává například u pacientů s těžkým nebo kombinovaným postižením, ale také u těch, kteří vyžadují bipolární vztah nebo je pro ně práce ve skupině nevhodná, vzhledem k velikosti zátěže nebo sociálního narušení. U pacientů s autismem nebo těžkým mentálním postižením může sloužit individuální terapie pouze jako první krok k získání sociálních zkušeností a zapojení do skupinové muzikoterapie (Kantor et al., 2009)

3.3.1.2 Muzikoterapie párová

Název zcela jasně napovídá, že muzikoterapeut pracuje současně s dvěma osobami. Párová muzikoterapie je indikována tehdy, když je potřeba udržet stále individuální přístup, ale přítomnost druhé osoby může pozitivně ovlivnit vývoj terapie nebo v případě, že je muzikoterapie prostředkem k vyřešení vztahových problémů. (Beníčková, 2011)

3.3.1.3 Muzikoterapie skupinová

Do skupinové terapie je zahrnut různý počet minimálně 3 klientů. Muzikoterapeutické skupiny mohou mít charakter uzavřené skupiny, ve které se klienti s terapeutem schází většinou krátkodobě, pravidelně a ve stejném složení. Jiné účastníky obyčejně skupina nepřijímá. Druhou možností je skupina otevřená, která si na rozdíl od

uzavřené skupiny udržuje stálý počet klientů tak, že každého odcházejícího člena nahradí novým členem. (Kantor et al., 2009)

3.3.1.4 Muzikoterapie komunitní

Dle Kantora a dalších spoluautorů knihy (2009) si komunitní muzikoterapie získává takovou popularitu, že je potřeba ji uvádět samostatně, a nikoliv jako součást terapie skupinové. Mezi skupinovou a komunitní terapií nalezneme hned několik rozdílů. Prvním z nich je charakter skupiny. Na rozdíl od skupinové terapie, při které terapeut pracuje s uměle vytvořenou skupinou, komunitní terapie využívá již přirozeně existující komunitní skupiny, mezi které můžeme zařadit rodiny nebo komunity vrstevníků a spolupracovníků.

3.3.2 Metody a techniky muzikoterapie

Metody jsou v muzikoterapii definovány jako „*zvláštní typ hudební zkušenosti používaný pro diagnostiku, intervenci nebo evaluaci.*“ (Bruscia, 1998, s. 114) Gerlichová (2021) zastává názor, že díky znalosti muzikoterapeutických metod, technik a postupů lze lépe pochopit potřebné terapeutické procesy. Díky tomu je jednodušší snadněji porozumět vztahu mezi terapeutem a klientem, vhodně reagovat na různé situace, a tím napomáhat k efektivnímu rozvoji schopností klienta. V současné době existují čtyři nejpoužívanější typy hudebních zkušeností. Tyto základní metody jsou:

1. Hudební improvizace
2. Hudební interpretace
3. Kompozice
4. Poslech hudby

(Kantor et al., 2009)

3.3.2.1 Hudební improvizace

Základem hudební improvizace je kreativní a spontánní produkování hudby. K jejímu vytvoření lze používat hudební nástroje, zpěv nebo dokonce vlastní tělo. (Kantor et al., 2009)

Zeleinová (2007) pohlíží na improvizaci jako na metodu pracující s časem, pohybem a prostorem, tedy se základními životními parametry. Při improvizaci je tvůrce současně i posluchačem, což působí na jeho smysly, emoce a pomáhá utvářet citlivý vztah se svojí vlastní osobou.

Gerlichová (2021) sdílí své vlastní zkušenosti a poukazuje na fakt, že si často i pacienti, kteří běžně neprojevují zájem o verbální konverzaci, během terapie vyberou ideální nástroj, díky kterému mohou vyjádřit své emoce a prožitky. Velkou roli pak hraje schopnost terapeuta naslouchat klientovým pocitům ze hry a získané vjemy správně zakomponovat do terapie.

Podle Bruscia (1998) je možné metodou improvizace ovlivňovat mnoho dovedností. Mezi nejčastější muzikoterapeutické cíle zařazuje například možnost sebevyjádření v rámci verbální i neverbální komunikace, vnímání vlastní osobnosti a identity, stimulace a rozvíjení smyslů, vnímavosti nebo kognitivních a exekutivních funkcí. Prostřednictvím aktivit improvizacího charakteru, ale můžeme také podpořit sociální dovednosti a utvořit prostor pro mezilidské vnímání.

3.3.2.2 Hudební interpretace

Metoda hudební interpretace má větší zastoupení u osob, které jsou nejisté při spontánním projevu, tedy při improvizaci. (Gerlichová, 2021) Principem interpretace je přehrávání nebo jakákoliv reprodukce vokální a instrumentální hudby, či jiné hudební formy, která slouží jako pevná předloha. Nelze však hovořit pouze o hře překomponované skladby, nýbrž také o různých strukturovaných a kreativních aktivitách a hrách, při nichž se klient snadno vcítí do určité, předem určené role. Přestože je během této metody značně omezena klientova spontánnost, disponuje mnohými dalšími výhodami. (Kantor et al., 2009)

Bruscia (1998) u této metody zmiňuje pozitivní výsledky při rozvíjení paměti, posilování adaptivního chování, podpoře somatosenzorických dovedností, udržování pozornosti a orientování v reálném světě nebo osvojování určitých rolí ve specifických situacích.

Díky tomu, že účastník terapie musí dodržovat určitá pravidla, je tato metoda vhodná u pacientů, kteří potřebují pro rozvíjení zvláštních dovedností v určitých rolích jasnou strukturu. Ideálními klienty jsou s ohledem na tento poznatek pacienti s ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou, též hyperkinetická

porucha), autismem, úzkostnými poruchami, ale i další osoby, které pracují na sebekontrolě, porozumění a přizpůsobení se okolí (Kantor et. al., 2009)

Gerlichová (2021) zmiňuje podstatné využití při plnění různých neurorehabilitačních cílů. Podle jejích slov metoda velmi dobře funguje při tréninku jemné motoriky nebo zlepšování celkové funkčnosti paretické horní končetiny po úrazech či onemocnění mozku. Lze ji ale také aplikovat při nácviku pozornosti, ale i u osob s poruchami řeči.

3.3.2.3 Kompozice

Při metodě komponování hudby s terapeutickým podtextem vždy spolupracuje klient a muzikoterapeut. Společně využívají různé kreativní techniky a prostředky s cílem vytvořit vlastní text, instrumentální skladbu nebo jiný hudební produkt. (Baker, 2005; Wigram, 2008 in Gerlichová 2021)

Gerlichová (2021) zdůrazňuje, že existuje mnoho způsobů, jak při této metodě postupovat. Lze vytvořit úplně novou skladbu nebo přetvářet skladbu již existující, lze také pracovat pouze s textem nebo naopak upravit melodii. Důležité však je, že se při výběru postupů komponování nesmí zapomínat na určité faktory, kterými je například individualita osobnosti nebo aktuální zdravotní stav pacienta. Poukazuje také na to, že výsledný produkt by měl vyjadřovat především pocity a osobnost pacienta, a proto by měl terapeut pracovat s trpělivostí a nechat klientovi prostor pro rozvoj jeho nápadů.

Kantor et al. (2009) adresují využití kompozice především osobám, které potřebují rozvíjet své schopnosti plánování a organizace, získávání dovedností pro kreativní řešení problémů, ale i pro jedince, které je potřeba podpořit v zaznamenávání svých vlastních prožitků.

3.3.2.4 Poslech hudby

Poslech hudby, odborně označovaný jako receptivní metoda, je termín vyjadřující jakékoliv vnímání a přijímání hudby. Podle Gerlichové (2021) nelze poslech hudby charakterizovat podle dřívějšího rozdělení jako pasivní formu muzikoterapie, jelikož i při samotném poslechu dochází v lidském těle k mnoha aktivním interakcím.

V rámci muzikoterapie receptivní se ve velké míře pracuje s vibracemi, zvuky a rozmanitými formami hudby, což má cíleně ovlivňovat pacientovu tělesnou schránku a vztahy s jinými dimenzemi jeho organismu. (Brusica, 1998)

Terapeutická hudba může mít různý charakter. Je možné pracovat s hudbou živou nebo reprodukovanou, instrumentální či vokální. Využíváním mnohých aspektů hudby, ať už tělesných, emocionálních, intelektuálních, estetických nebo spirituálních dosahují muzikoterapeuti různých terapeutických cílů. (Kantor et al., 2009)

Při stanovování cílů se i při této metodě mnoho dnešních autorů stále navrácí k myšlenkám Kennetha E. Brusciho (1998), který vnímá poslech hudby jako prostředek ke stimulaci či relaxaci, podporu sluchových nebo motorických schopností, navození specifických reakcí těla, podporu vnímavosti, paměti, fantazie, ale i k dosažení mnohých dalších cílů.

Z výše uvedených poznatků je patrné, že hudba dokáže stimulovat, motivovat i uvolňovat. Právě na její relaxační účinky se zaměřuje Gerlichová (2021), která rozlišuje techniky zaměřené na uvolnění napětí, tedy dechová a tělesná relaxační cvičení, techniky zaměřené na imaginaci a v neposlední řadě na vizualizaci. Každá ze zmíněných technik je podpořena správným výběrem hudby, u které velmi záleží na její hlasitosti, tempu, barvě tónu, ale i na probíhajících změnách.

3.4 Vývoj léčivých účinků hudby a muzikoterapie

3.4.1 Pravěk

Termín muzikoterapie je poměrně novodobá záležitost, přestože léčivými účinky hudby se lidé zabývali už v dávné historii. V období pravěku měla hudba důležitý význam pro dorozumívání jednotlivých kmenů, pravděpodobně ještě dříve než řeč. (Šimanovský, 2011) V lidských životech představovala také neodmyslitelné spojení s náboženskou a sociální složkou života. (Zeleinová, 2007) Postupem času začala být používána také jako určitá forma komunikace s bohy a démony, jejímž prostřednictvím se kmeny snažily zapůsobit na nadpřirozené síly. Především měla velký význam v magických rituálech. Věřilo se, že spojení hudby, vytvářené pomocí jednoduchých nástrojů, živelného rytmického tance a magického zpěvu šamana, dokáže účinně zahánět nemoci a vyhnat z těla zlé duchy. (Šimanovský, 2011) Lidé věřili, že hudba má zázračnou schopnost navodit změněný stav vědomí právě skrze šamanské tance a rytmy. Při rituálech byl kladen důraz na sounáležitost a v jejich průběhu se ve společnosti utvářely sociální role. Hudba navíc působila jako ochranná složka. Mimo jiné měly i funkci psychosociální hygieny, jelikož hudba

napomáhala v uvolňování emocí. (Zeleinová, 2007) Jednotlivé kmeny si pozvolna vytvářely nové hudební nástroje a odlišovaly se svými osobitými rituály (Šimanovský, 2011)

V podstatě až do 18. století konkurovalo magické paradigma dnešnímu lékařskému a psychologickému porozumění vlivu hudby. Odraz v dnešní muzikoterapii, s ohledem na víru v uzdravení, by se toto magické paradigma dalo označit jako hudební placebo efekt. (Zeleinová, 2007)

3.4.2 Starověk

Jedny z nejstarších doložených případů, kdy byla hudba spojována s léčivými účinky, pochází z období starověku. Vysoké postavení měla terapie hudbou především v Egyptě, Asýrii, Babylonu, Izraeli, Řecku a Římě, ale známá byla v podstatě ve všech starověkých civilizacích. (Gerlichová, 2021) Magické paradigma bylo doplněno o pohled matematický, a to především díky víře v jednotu hudby a čísel. Starověké civilizace chápaly hudbu, jako zrcadlení kosmického pořádku, jelikož i čísla pro ně znamenala kosmickou moudrost a věčné poznání. Harmonie pro ně znamenala kombinaci právě zmíněného kosmického pořádku, lidského ducha a hudby. Účinky hudby tedy vycházely z tohoto propojení a přesvědčení, že pořádek, tedy harmonie urovná to, co je s tím v rozporu, nebo jinak řečeno v disharmonii. (Zeleinová, 2007) Už ve Starém zákoně nalezneme příběh, kdy byl král Saul vyléčen z depresí za pomoci hry na harfu. V Egyptě zas uklidňovali nemocné hrou na jednoduché nástroje, zatímco se plavili v loďkách po Nilu. (Gerlichová, 2021) To, že hudba získala například v Řecku terapeutické postavení je zcela očividné, jelikož bůh Apollon byl uznávaným dárce zdraví a zároveň i bohem hudby. (Marek, 2003) Nejen u nemocných, ale už i v oblasti prevence, a to především mentální hygieny, si hudba zajistila svoje místo. Terapie hudbou se stala středem zájmu i u známých řeckých myslitelů. Pythagoras, Aristoteles nebo Platon, jedni z nejvýznamnějších osobností řecké historie, patří mezi důležité průkopníky a předchůdce hudební terapie. (Šimanovský, 2011) Aristoteles například doporučoval použití lydicke stupnice na podporu kvalitního vývoje dětí, na rozdíl od stupnice dórské, která zas vyzařovala duchovní sílu. (Gerlichová, 2021)

Léčení ducha probíhalo podle starověkých občanů prostřednictvím lidského těla. Objevením fenoménu rezonance mohli skrze vibrující struny rozechvět části těla, a tím zapůsobit na různé vegetativní procesy. (Zeleinová, 2007)

3.4.3 Středověk

Přestože se předpokládá, že i po pádu říše římské byla hudba stále hojně využívána k terapeutickým účelům, písemných záznamů se dochovalo pouze poskromnu, a tak se může zdát, že terapie hudbou ve středověku upadla v zapomnění. (Šimanovský, 2011) Důkazem, že nedošlo k naprostému upadnutí je filozof Severin Boëthius, jenž ve své knize představuje termín „*musica humana*“, který v překladu vyjadřuje hudební harmonii v duši i těle člověka. Existují také záznamy, které poukazují na využívání hudby k udržování homeostázy. (Gerlichová, 2021) Právě dysbalance tělesných tekutin dle humorální medicíny způsobuje vnitřní nerovnováhu. Tento medicínský pohled doplnil teorii disharmonie a utvořil opět nový směr hudební medicíny. Hudba tedy představovala jisté stimulující a uklidňující terapeutikum a současně nástroj k zamezení nákazy a posilujícího prostředku. Snadno nalezneme rozdíl mezi tehdejšími pojetím, kdy hudba fungovala jako jednorázový prostředek k úlevě, tedy podobně, jako současná farmaceutika, a dnešním chápáním, ve kterém jde především o dlouhodobý terapeutický vliv. Ve spojitosti s medicínským paradigmatem, který se vyvíjel současně s novými medicínskými poznatky, se předpokládá, že hudba přímo působí na retikulární formaci a jejím prostřednictvím na hormonální a neurovegetativní regulaci. Hudební techniky tak ovlivňují například rytmus dýchání, kontrakci svalů nebo emoce. (Zeleinová, 2007)

3.4.4 Renesance a raný novověk

Do popředí se spolu s dalšími vědami o člověku dostává hudební terapie znovu v období renesance. Kromě opětovných pokusů o pomoc při léčbě duševních poruch se francouzský lékař Ambroise Paré vydal jinou cestou a začal zkoumat eventuální účinky na pacienty s chirurgickými diagnózami. (Šimanovský, 2011)

3.4.5 17. a 18. století

Novější koncepce se objevila až v průběhu 17. a 18. století, pro vyjádření léčby hudbou se používal pojem „*iatromusia*“. Iatrohudebníci, jak byli nazýváni odborníci, kteří v tomto období léčili živou hudbou, se považují za předchůdce dnešních muzikoterapeutů. Vnímali hudbu nejen jako prostředek k ovlivnění psychických a psychosomatických funkcí, ale také v souvislosti s fyziologickými a biochemickými pochody v organismu. Jedním

z důležitých spisů na tohle téma se stalo dílo *Phonurgia Nova* od A. Kirchera. (Šimanovský, 2011) Jak již bylo zmíněno, mezi pozorované aspekty patřily souvislosti mezi psychosomatickými pochody lidského těla a vnímáním hudby. Věřilo se v sílu vibrací, která dokázala z těla vypudit jedovaté látky. Z využívaných hudebních elementů se v tomto kontextu nejvíce osvědčil rytmus. (Gerlichová, 2021) Zhruba v tomto období se objevil nový pohled na nemoc. Ta se přestala považovat za nerovnováhu tělesných tekutin, což poskytovalo možnost působení hudby na psychosomatické úrovni. (Zeleinová, 2007)

3.4.6 19. a 20. století

V první polovině 19. století měla hudba roli aktivního zaměstnávání v psychiatrických léčebnách. Na přelomu 19. a 20. století se muzikoterapii více méně nedařilo, a dokonce byla označována jako „vědy nedůstojná hra“. (Šimanovský, 2011) Zlomovým okamžikem a novodobým impulzem pro muzikoterapeutickou profesi se stalo období po skončení druhé světové války. V té době hrála hudba velkou roli v péči o válečné veterány. (Kantor et al., 2016) Během 20. století zažila největší rozkvět především výše uvedená psychologicky zaměřená muzikoterapie. Vědělo se, že různá hudba působí na různé lidi různým způsobem, z čehož se vychází i v současných konceptech. To, jaký má daný člověk vztah ke konkrétní hudbě se odráží na tom, jaké fyziologické reakce u něj hudba způsobí. Je tedy zcela jasné, že fyzické a psychické účinky hudby jdou spolu ruku v ruce. Psychologické využití hudby je zaměřeno primárně na psychické obtíže, jejich příčiny a důsledky. Slouží například k zmírnění napětí, vzbuzení určitých emocí nebo prohloubení prožitků. (Zeleinová, 2007)

3.4.7 Vývoj současné podoby muzikoterapie

Za počátek novodobé éry se považuje již zmíněné období po druhé světové válce. Profesionální hudebníci začali v té době v amerických nemocnicích realizovat různé léčebné programy pro válečné veterány, což postupem času vedlo k mnohým zjištěním o terapeutických účincích hudby a následně i ke vzniku prvních vzdělávacích programů. Několik let poté, v roce 1950, vzniklo také první sdružení, které známe pod dnešním názvem „American Music Therapy Association“. Muzikoterapie se zcela samozřejmě začala rozvíjet i jinde ve světě. Při utváření její nové podoby bylo čerpáno nejen z historických poznatků, ale vznikaly také četné výzkumy a již v roce 1964 se mnohé novinky, znalosti, objevy a

výsledky výzkumů publikovaly v periodiku „Music Journal of Music Therapy“. (Kantor et al., 2016)

V Evropě se téměř paralelně se školou americkou vyvinula škola švédská, která se orientovala především psychoterapeuticky. Ke švédské koncepci, zasazené do psychologie, se hlásí také další skandinávské státy. (Šimanovský, 2011) Ve Velké Británii byla založena „Britská společnost pro muzikoterapii“, která mimo jiné také vydávala časopis „British Journal of Music Therapy“. Mezi dodnes významné školy muzikoterapie patří také vídeňská škola, která vznikla v roce 1959 a patří stále k těm nejvíce prestižním. Je však nutné podotknout, že v každé zemi se muzikoterapie vyvíjela rozdílně s ohledem na individuální historické a kulturní tradice. (Gerlichová, 2021)

Na rozvoji se nepochybně podílela i řada dalších zemí světa, jejichž přínosy pro muzikoterapii přirozeně nelze vyjmenovat všechny. Z Evropy je však nutné vyzdvihnout zejména Německo, Rakousko, Francii, Nizozemsko, Holandsko či Belgie, což jsou státy, u nichž má muzikoterapie i v současné době významnou tradici a často je také považována za plnohodnotnou zdravotnickou profesi. Díky stále většímu povědomí o působení hudby na psychosomatické oblasti nyní mohou muzikoterapeuti pomáhat pacientům v rámci ucelené rehabilitace. (Gerlichová, 2021)

Zeleinová (2007) konstatuje, že současná muzikoterapie čerpá z poznatků z historie a využívá výzkumy, které směřují do budoucnosti, přičemž staré poznatky se postupně uzpůsobují podle nových konceptů. Vymezila také určitou definici moderní muzikoterapie, která ji zobrazuje jako vědeckou disciplínu, která stojí na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou a hudební teorií, ale také s filozofií a estetikou. (Zeleinová, 2007) Na druhé straně je podle jejích slov interdisciplinární charakter spojovaný s medicínou, psychiatrií, psychologií a pedagogikou.

Ke zlepšování odborné úrovně muzikoterapie a hájení práv muzikoterapeutů přispívá na území Evropy Evropská muzikoterapeutická konference a na světové úrovni také Světová federace muzikoterapie. (Gerlichová, 2021)

3.4.7.1 Vývoj současné podoby muzikoterapie v České republice

Ve spojitosti s rozvojem muzikoterapie v České republice nelze opomenout několik jmen. Jedni z prvních průkopníků, kteří používali hudbu pro její léčebné a výchovné účinky byli MUDr. Karel Slavoj Amerling, bývalý ředitel Ústavu pro slabomyslné v Praze, a František Bakule, který byl ředitelem a současně i pedagogem v Jedličkově ústavu. Bakule

ctil zásadu, že nejvhodnějším výchovným prostředkem je láska a umění, a tak v roce 1917 zřídil Sbor Bakulových zpěváčků, který se skládal z dětí s tělesným postižením a proslavil se i za hranicemi Česka. Na jeho metody navázali a dále rozvíjeli muzikoterapii i další profesoři působící v Jedličkově ústavu. Jméno Josef Krček je zas spojováno se založením muzikoterapeutické školy Musica Humana. (Gerlichová, 2021)

V rozdílné oblasti, konkrétně v protialkoholní léčebně u Apolináře, praktikovala muzikoterapii Jitka Schánilcová-Vodňanská, která následně své poznatky aplikovala i ve Středisku péče o mládež a rodinu. Za vyzdvihnutí stojí také využití v psychiatrické léčebně v Bohnicích, na Foniatrické klinice M. Seemana a na foniatrickém oddělení Logopedického ústavu, kde se ujal funkce F. Kábele. (Šimanovský, 2011)

Samozřejmě by se dalo uvést mnoho dalších osobností, kteří se v minulosti, ale i nyní v současnosti, starají o propagaci a rozvoj muzikoterapie. Z důvodu velké početnosti však zmiňuji pouze Muzikoterapeutickou asociaci České republiky, která všechny tyto osobnosti sdružuje, a díky níž se na důležitých cílech mohou podílet všichni společně. (Gerlichová, 2021)

V České republice, jak udává Gerlichová (2021), je muzikoterapie stále považována za alternativní a doplňující léčebný přístup, který je mezi širokou populací více méně neznámý. Od prvního vydání její knihy v roce 2014 však pozoruje výrazné zlepšení alespoň u odborné veřejnosti. Od roku 2019 mají dokonce zájemci o tuto problematiku možnost studovat muzikoterapii v Ústavu speciálněpedagogických studií na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci jako navazující magisterské studium.

4 MUZIKOTERAPEUTICKÉ PRVKY V ERGOTERAPII

Nelze opomenout fakt, že obory ergoterapie a muzikoterapie jsou dvě odlišné disciplíny s jiným typem vzdělání, avšak v některých případech je jejich spolupráce více než vhodná. Právě díky různým úhlům pohledu přístupu lze dosáhnout umocněného terapeutického výsledku. V ergoterapii lze využívat některé muzikoterapeutické aktivity, kterými lze ovlivnit fyzické i psychosociální potřeby člověka. (Gerlichová, 2021)

4.1 Funkce horních končetin

Horní končetina je zcela jedinečná část lidského těla, bez které si jen málokdo dokáže představit plnohodnotný život. Lidská ruka má celkem čtyři základní a velmi důležité funkce: manipulační, smyslovou, komunikační a opěrnou. Díky těmto možnostem jsme schopni uchopovat předměty, psát, poznávat předměty po hmatu nebo komunikovat s okolím. Provedení úchopu a následná manipulace s předmětem je jedna ze základních předpokladů pro sebeobsluhu. (Jindra in Pilný et al., 2017) Hadraba (1999) dokonce označuje ruku za druhou nejdůležitější pomůcku člověka ihned po mozku. Všechny tyto schopnosti závisí na síle, citlivosti, koordinaci, rychlosti nebo na rozsazích pohybů v jednotlivých kloubech. (Gerlichová, 2021)

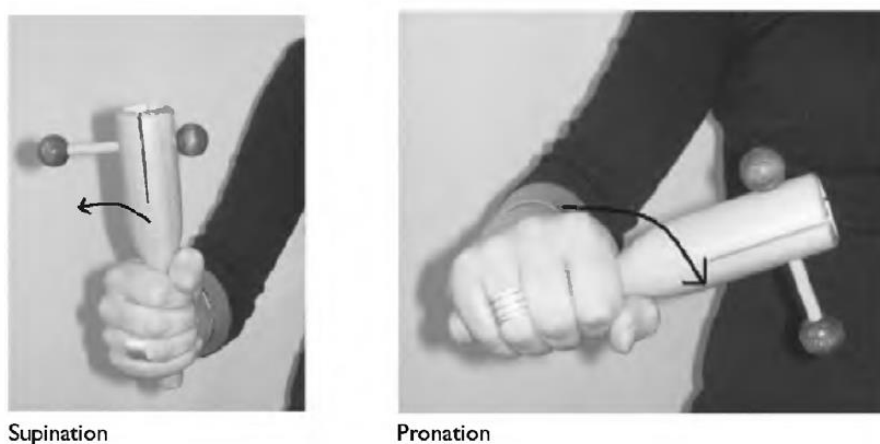
4.1.1 Rozsah pohybu

Ještě před tím, než se osoba s pohybovým postižením horní končetiny naučí psát, zavazovat tkaničky nebo jíst lžící, je potřeba ovládat určité motorické funkce. (Baker, 2006) Terapeutickou hrou na hudební nástroje stimulujeme a trénujeme účinným způsobem určité opakující se funkční pohybové vzorce, které se používají v každodenním životě. (Mertel in Thaut & Hoemberg, 2014)

Pro tuto potřebu skvěle poslouží všemi známé hudební nástroje, jako jsou například bubny. Existují různé druhy bubnů a jednoduchých rytmických nástrojů, které se dají používat s paličkami nebo bez, a díky nimž při správné manipulaci a pohybování v prostoru dokážeme trénovat téměř všechny pohyby v ramenním a loketním kloubu i v zápěstí. (Baker, 2006; Kantor et al., 2014)

Jako těžší variantu pro trénink flexe a extenze v lokti lze zvolit taktéž hru na kytaru. V případě, že má pacient problém s vykonáváním supinace a pronace, přicházejí na řadu specifické nástroje cabasa a rakatak či dešťové hole. (Baker, 2006)

Obrázek 5 Využití rakataku pro nácvik supinace a pronace HKK



Zdroj: Baker (2006)

4.1.2 Jemná motorika

Jemná motorika je popisována jako způsobilost k provádění obratných pohybů potřebných k manipulaci s drobnými předměty v menším prostoru. Pro provedení a následnou manipulaci je potřeba fungování drobných svalů ruky a jejich správná koordinace. (Jindra in Pilný et al., 2017; Véle, 1997)

S jemnou motorikou nejvíce souvisí hybnost prstů. Ta se dá velmi dobře zlepšit hrou na klavír, kde je potřeba přesných, izolovaných pohybů. Další variantou na aktivitu může být tzv. zvukomalba, kdy pomocí postupného dopadání prstů na blánu bubnu vytváříme efekt deště. V rámci stupňování aktivity můžeme různým způsobem korigovat intenzitu, tempo a hlasitost zvuku napodobujícího dešť. (Kantor et al., 2014)

Stejně jako při nácviku hrubě motorických pohybů, i v tomto případě je prospěšné využití kytary a podobných strunných nástrojů. Schopnost precizních pohybů prstů je jedním z hlavních předpokladů při vybrnkávání melodie na jednotlivé struny. (Baker, 2006) Podle Kathrin Mertel (2014) je vybrnkávání prsty nebo trsátkem výborný kreativní způsob, jak u

předškolních dětí vybudovat sílu a vytrvalost nezbytnou pro vytvoření písemných dovedností. (Mertel in Thaut & Hoemberg, 2014)

4.1.3 Úchop

Provedení úchopu je v podstatě prvním a nejdůležitějším předpokladem pro manipulaci s předměty. (Klusoňová, 2011) Ač si to většina zdravé populace neuvědomuje, celý proces nácviu úchopu u osoby s porušenou úchopovou funkcí ruky se skládá z několika na sebe navazujících fází, přičemž každá fáze vyžaduje schopnost vykonávat různé pohybové vzory. (Krivošíková, 2011) V procesu nácviu je potřeba pracovat se všemi fázemi úchopu. Vyskotová & Macháčková (2013) označují za nejčastější rozčlenění následující tři fáze:

1. přípravná fáze (prepozice)
2. fáze úchopu a manipulace
3. fáze uvolnění

Provedení celé řady aktivit v každodenním životě vyžaduje uchopit předmět, držet ho a manipulovat s ním. Mnoho z těchto úchopů lze nasimulovat a natrénovat pomocí muzikoterapeutických technik. (Baker, 2006) Stejně jako v předešlých kapitolách o obecných motorických dovednostech horní končetiny, i při specifickém nácviu úchopů a jejich jednotlivých fází lze výborně využít celou řadu hudebních nástrojů. V oblibě jsou především jednoduché a snadno ovladatelné nástroje, jako jsou různá dřívka, xylofony a metalofony, k jejichž rozeznění je potřeba stejně jako na různé bicí nástroje uchopit paličku. Své využití mají ale také harfy, kantele, maracas, triangel, zvonečky a rolničky. (Gerlichová, 2021) Strunné nástroje jsou například vhodnou pomůckou pro nácvik otevírání dlaně, při hře trsátkem lze dokonce trénovat i pinzetový úchop. Dřívka různých velikostí zase pomáhají zvládat válcový úchop. (Kantor et al., 2014) Kulový úchop lze cvičit chrasticími vajíčky, hákový například držením triangu nebo tamburíny. (Baker, 2006) Za předpokladu určité schopnosti pacienta může být zajímavým zpestřením terapie také výroba jednoduchého hudebního nástroje. (Gerlichová, 2021)

4.1.4 Koordinace horních končetin

Koordinace obou horních končetin je jednou z dalších problematických oblastí, která osobám s postižením znepříjemňuje vykonávání činností během všedního dne. Kantor et al. (2014) navrhuji vhodné aktivity, které dělí do čtyř stádií. V první fázi lze využít jednu horní končetinu k přidržení nástroje a druhou k jeho rozeznění. Opět jsou užitečnými nástroji kladívka, bubínky s paličkou nebo triangl. Druhá fáze spočívá v nácvičku paralelních pohybů, kdy obě ruce současnými pohyby rozeznávají hudební nástroj. Aplikovat to lze i bez jakéhokoliv využití pomůcek, například tleskáním a hrou na tělo. Po zvládnutí této fáze přichází na řadu nácvičky střídavých pohybů, při kterém na rozdíl od předchozí aktivity každá končetina vykonává pohyb samostatně a pravidelně se střídá s druhou. Nejvyšší dosažitelnou metou je provedení pohybů horních končetin nezávisle na sobě. K tomu lze využít kombinování různých rytmických nástrojů, přičemž každá ruka hraje na jiný nástroj v jinou dobu. Ideální je pro tuto aktivitu také využití klavíru. (Kantor et al., 2014)

4.1.5 Vizuomotorická koordinace a pohyby hlavy

Kromě koordinace horních končetin vůči sobě lze také díky hudbě podpořit zrakovou fixaci a koordinaci s pohyby horních končetin. (Kantor et al., 2014) Zvukové stimuly jsou pro postižené osoby velkým motivačním prostředkem pro pohyb hlavy. Pokud se hudba ozývá pokaždé z jiného místa, facilituje tím postiženou osobu k pohybu hlavy za zdrojem zvuku. (Dosedlová & Kantor, 2013) Pokud je potřeba trénovat oční kontakt a současný pohyb horní končetiny, může terapeut pohybovat hudebním nástrojem různými směry, zatímco pacient, který chce na nástroj zahrát, musí sledovat jeho pohyb. (Kantor et al., 2014)

Pohybováním nástroje směrem nahoru a dolů za současných pokynů lze nacvičit motorické a podpořit kognitivní dovednosti potřebné pro vyjádření pokynů „ano“ a „ne“. U dětí s těžším kombinovaným postižením mohou být tyto nacvičené schopnosti použity jako potřebný způsob komunikace s rodiči a okolím. (Bean in Saperston et al., 2000)

4.2 Pohyb a sebeobsluha

Kombinovaná postižení, jak už bylo zmíněno, zahrnují obrovskou škálu diagnóz, a tím pádem i nespočet individuálních potíží, od kterých se odvíjí následná ergoterapeutická intervence. Drtivou většinu těchto postižení však spojuje více či méně výrazné omezení

v oblasti vykonávání všedních denních činností, což je považováno za jednu z dominantních problematik ergoterapie. (Bendová, 2015; ČAE, 2008; Kantor et al., 2014)

V rámci fyzioterapie se v zahraničí využívá hudba především pro facilitaci pohybové aktivity a motivování k jejímu vykonávání, relaxaci, působení na svalový tonus, odvedení myšlenek od bolesti nebo vymezení struktury pro prováděné pohyby. (Peters, 2000) S podobným záměrem lze využívat muzikoterapeutické prvky i v praxi ergoterapeutů. (Dosedlová & Kantor, 2013)

Zaměření cvičení může být velmi různorodé od tréninku posturálních funkcí, pohybů končetin, koordinačních schopností, lokomoce až po dechovou gymnastiku. Podpořit lze nejen osvojení si nových pohybových dovedností, ale také jejich vytrvalost, sílu, rychlost, rozsah a koordinaci. Vytrvalost podněcuje délka hudební aktivity, sílu hudební dynamika, rychlost ovlivňuje tempo skladby, rozsah je zmíněný ve smyslu rozsahu pohybů v kloubech, a nakonec koordinace a přesnost pohybů, která je dána kvalitou tónů a rytmickou výstižností. (Dosedlová & Kantor, 2013)

Dle Kantora et al. (2014) existuje několik způsobů, jak aplikovat muzikoterapii do nácviku všedních denních činností a efektivně tento nácvik podpořit. Hudba může fungovat jako motivační prostředek, například pro plazení, lezení nebo aktivní napřímení a otáčení, nebo naopak jako nástroj pro odvedení pozornosti od nepříjemných pocitů spojených s prováděním činnosti nebo s bolestí.

Jednou z dalších metod, jak mohou být kreativní přístupy využity jsou tzv. „action songs“, což jsou v překladu písně, jejichž text lze v praxi využít jako návod k provádění určité pohybové aktivity. V neposlední řadě má hudba velké pole působnosti při tréninku jednotlivých pohybových funkcí, které jsou nacvičovány z pravidla samostatně a až následně aplikovány do běžných denních činností. (Kantor et al., 2014)

4.3 Smyslové vnímání, stimulace sluchu

Sluch je velmi důležitým smyslem, jehož prostřednictvím přijímáme informace z okolí a rozlišujeme různé zvuky. Sluchové vnímání je jedním ze základních předpokladů pro učení se nových dovedností během celého života, konkrétně například vývoj řeči nebo abstraktní myšlení. U dětských pacientů se můžeme setkat jednak s fyziologickými poruchami, ale i s poruchami sluchového vnímání. V obou případech tyto problémy vedou k poruchám pozornosti a učení. Současně musí sluchový aparát fungovat v souladu s dalšími

smysly, například s rovnovážným ústrojím. Sluchové vnímání bychom tedy měli kvalitně stimulovat a pečovat o něj od narození i po celý život. (Poláková, 2019)

Smyslová stimulace je jedním z nejdůležitějších prostředků terapie u některých diagnóz. Pro osoby s různým stupněm zrakových postižení funguje sluch jako takzvaný kompenzační mechanismus. U těžkých postiženích je v podstatě hlavním přijímačem signálů z okolí, u lehčích je prostřednictvím zvuku možné stimulovat i zrakové funkce. Děti jsou přirozeně zvědavé a lákají je zajímavé zvuky, které slyší kolem sebe. Ačkoliv nejsou zrakově postižení přirozeně tolik motivováni prozkoumávat okolí, lze využít zajímavé hudební nástroje, ideálně výrazně barevné a kontrastní, a tím zvýšit tendenci k manipulaci s předměty a následně výrazněji zapojit zrakové funkce. Zrakové postižení současně omezuje i hybnost dětí, a tím způsobuje horší prostorovou paměť i percepci, což jsou také dovednosti, které lze stimulovat hrou na hudební nástroje či vlastní tělo. (Dosedlová & Kantor, 2013)

Důležitosti smyslového vnímání v ergoterapii potvrzuje také hojně využívaná metoda senzorycké integrace. Z pohledu tohoto přístupu jsou podporovány kromě základních smyslů nejvíce taktilní vjemy, vestibulární systém a propriocepce. (Asociace senzorycké integrace, 2020)

S poruchou sluchového vnímání se setkáváme například u dětí s poruchami autistického spektra. (Hilton in Matson & Sturmey, 2011; Lord & McGee, 2001) Ještě před tím, než se rozhodneme aplikovat v terapii hudbu, je potřeba si uvědomit, že hudba může některým autistům pomoci snadněji komunikovat a navazovat sociální stavy, ale u některých převažuje precitlivělost na zvuky, především na ty s vysokou frekvencí, a vyžadují opatrné zacházení. (Gerlichová, 2021) Zvuky, které zdravé děti vnímají normálním způsobem považují děti s PAS (dětí s poruchami autistického spektra) za nepříjemné. V tomto případě hovoříme o tom, že je dítě hypersenzitivní. V opačném případě, kdy je dítě hyposenzitivní, často nereaguje na slyšené zvuky adekvátně nebo vůbec z důvodu, že není v jeho možnostech vyčlenit příchozí vjemy z prostředí a zpracovat je. (Ayres, 2005; Koomar et al., 2007; Smith Myles et al., 2001)

Využití multisenzorycké stimulace je současně jednou z mála příležitostí, jak zlepšit kvalitu života dětí s těžkou či hlubokou mentální retardací. Osoby s kombinovaným postižením mají zpravidla nejméně příznivou výchozí pozici. Je však nutné podotknout, že většinou se nestává, aby vícečetná postižení měla stejně závažný průběh ve všech postižených oblastech. Pokud se ale v praxi setkáme s dítětem s těžkým kombinovaným postižením, může pomoci propojení hudby s bazální stimulací. (Gerlichová, 2021)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké zastoupení mají muzikoterapeutické prvky v rámci dětské ergoterapie u pacientů s kombinovaným postižením s předpokladem pozitivního dopadu na průběh terapie. Mezi další důležité cíle je potřeba zařadit získání potřebných informací o způsobech využití, získávání vzdělání ergoterapeutů a používání hodnotících prostředků. V neposlední řadě bylo úmyslem autora této práce zmapovat použití muzikoterapeutických prvků v jednotlivých zařízeních poskytujících ergoterapii v ČR a v zahraničí a následně porovnat získané informace.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načrpat teoretické poznatky o muzikoterapii a problematice dětí s kombinovaným postižením
2. Vytvořit dotazník pro dětské ergoterapeuty a přeložit ho do anglického jazyka
3. Vyhledat ergoterapeuty pracující v pediatrii a rozeslat jim dotazníky
4. Interpretovat odpovědi z dotazníků
5. Porovnat situaci v ČR a v zahraničí

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V rámci výzkumu zjišťujeme:

1. Jakým způsobem lze muzikoterapii aplikovat v rámci všedních denních činností?
2. Na základě jakých zkušeností aplikují ergoterapeuti ve své praxi muzikoterapeutické prvky?
3. Používají se v praxi vhodné hodnotící prostředky, které dokazují nebo vyvracejí účinnost využití muzikoterapeutických prvků v rámci ergoterapie?
4. Při jakých intervencích a u jakých diagnóz se v rehabilitaci dětí s kombinovaným postižením muzikoterapeutické prvky nejčastěji využívají?

7 METODIKA PRÁCE

Metodika sběru dat probíhala v návaznosti na stanovené cíle a výzkumné otázky. Pro získávání dat do výzkumu bylo zvoleno hodnocení prostřednictvím dotazníků. Pro tento účel byly sestaveny dvě verze dotazníku. První verzí je dotazník psaný v českém jazyce (viz příloha 1) a obsahuje celkem 10 položek. Skládá se z otázek uzavřených, otevřených, polouzavřených i filtračních. Konkrétně obsahuje 4 otázky otevřené, 3 polouzavřené, 2 uzavřené a jednu filtrační, která vylučuje osoby, které ve své praxi muzikoterapeutické prvky nepoužívají. Druhou verzí je dotazník přeložený do anglického jazyka (viz příloha 2), který je doplněn o jednu uzavřenou otázku vytvořenou za cílem zjistit, z jaké země daný respondent pochází. Finální počet otázek anglické verze dotazníku dosahuje čísla 11.

Podle Gavory (2000) je dotazníkové šetření nejčastěji používanou metodou pro získávání dat. Hlavním důvodem je ekonomičnost tohoto výzkumného prostředku. Jeho prostřednictvím lze získat velké množství dat s poměrně malou časovou investicí. Výhodou je i možnost zachování anonymity respondentů, což se ale může odrážet i na pravdivosti odpovědí. Dále je dle Gavory (2000) nutné při přípravě otázky přesně formulovat, jelikož dotazník neumožňuje klást doplňující dotazy v případě, že si respondent otázkou není jistý. Špatné vyjadřování či nepochopení otázky může následně ovlivnit věrohodnost odpovědí.

Dotazníkové šetření považuje autor této práce za vhodné také díky tomu, že každý z respondentů má dostatek času na jeho vyplnění. Jak již bylo zmíněno, v rámci tohoto výzkumu byl dotazník rozeslán v elektronické podobě, což umožnilo bez větších problémů získat data i od zahraničních ergoterapeutů.

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor tvoří dvě skupiny ergoterapeutů, konkrétně 28 ergoterapeutů z České republiky a 37 ze zahraničí, díky čemuž bylo možné získat větší množství dat a přehled o rozdílech mezi ČR a zahraničím. Podmínkou pro vyplnění dotazníku bylo náležité vysokoškolské vzdělání v oboru ergoterapie a praxe s dětskými pacienty, především s dětmi s kombinovaným postižením. Všichni respondenti byli před zahájením výzkumu seznámeni s tím, že jejich odpovědi budou zpracovány v rámci bakalářské práce a budou zcela anonymní.

9 SBĚR DAT

Pro získání dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazníky byly vytvořeny pomocí služby Formuláře Google a elektronicky rozesílány na e-mailové adresy dětských ergoterapeutů, získané prostřednictvím asociací ergoterapeutů jednotlivých zemí nebo na webových stránkách jednotlivých zařízení. Nutno podotknout, že většina snadno dohledatelných kontaktů patří ergoterapeutům v soukromém sektoru. Bohužel, vzhledem k anonymitě odpovídajících není autor této práce schopen určit, zda se formulář adresovaný vedení nemocničního zařízení nebo vedoucím fyzioterapeutům dostal vždy do správných rukou.

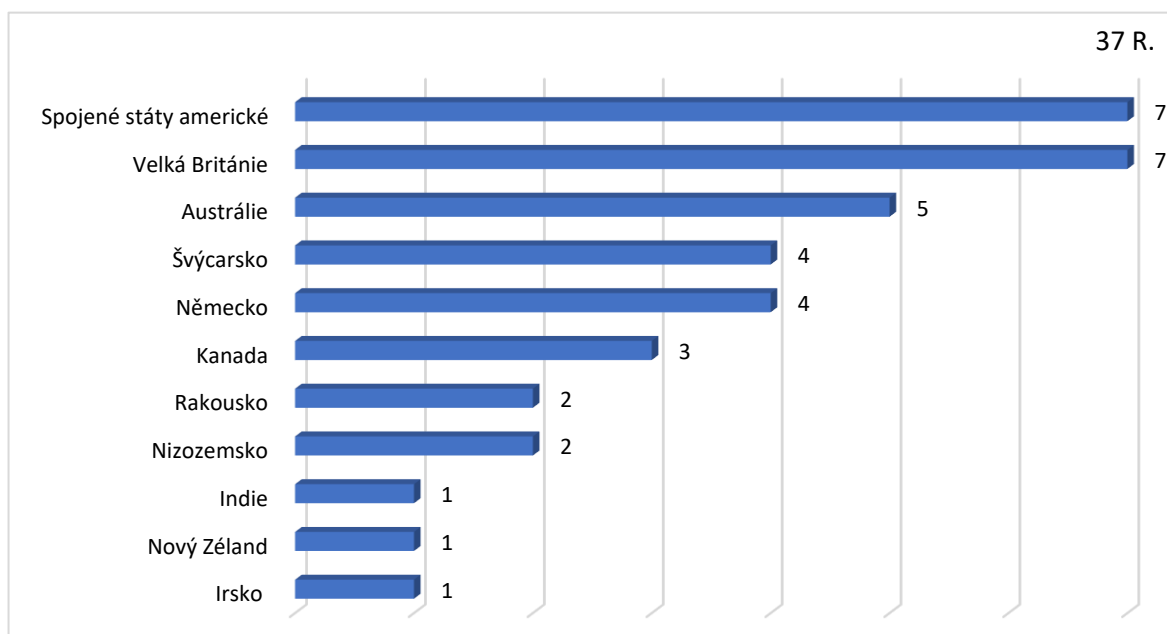
Nejvíce žádostí o vyplnění bylo hned po České republice rozesláno do těchto zemí: Velká Británie, Irsko, Kanada, Spojené státy Americké, Belgie, Rakousko, Německo, Nizozemsko, Nový Zéland, Švýcarsko, Austrálie a další. Současně byly obě formy tohoto dotazníku umístěny na sociální síť, konkrétně do skupin, jejíž členy tvoří ergoterapeuti z různých částí světa. I z těchto zdrojů získal autor této práce několik vyplněných dotazníků. Odpovědi byly sbírány po dobu dvou měsíců.

Celkem se vyplněných dotazníků vrátilo 65, z toho 28 z České republiky a 37 ze zahraničních zemí. Číslo 65 tedy zobrazuje celkový počet respondentů zapojených do výzkumu.

Vzhledem k tomu, že do výše zmíněných zemí byly odeslány desítky e-mailů, v některých případech dokonce atakující stovky kontaktů, nehodnotí autor návratnost odpovědí, především ze zahraničí, za příliš úspěšnou.

V zahraničí byli dotazovaní požádáni, aby vybrali zemi, kde jako ergoterapeuti pracují. Následující graf 1 zobrazuje, z jakých zemí a v jakém počtu se vrátily dotazníky ze zahraničních zemí.

Graf 1 Zahraniční země účastníci se výzkumu



Zdroj: vlastní

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU

Jednotlivé otázky a odpovědi na dotazníky jsou ve většině případů zobrazeny pomocí grafů a podrobných popisů. U několika z položek je otázka doplněna o tabulku zobrazující potřebné doplňující údaje. Více složité otázky s možností otevřené odpovědi jsou na druhou stranu popsány pouze slovně.

Grafy byly vytvořeny pomocí programu Microsoft Excel. Obsahují vždy název otázky a v pravém horním rohu počet odpovídajících respondentů ve formátu číslo a R (respondent). Mimo to je z nich patrné, jaké měli respondenti možnosti odpovědí a kolik z nich tuto odpověď zvolilo. V případě jiných odpovědí, než byly v nabídce, je přidána i poznámka s těmito variantami. Na prvním místě je vždy vyhodnocen dotazník z České republiky, následně ze zahraničí a jejich porovnání. Všechny další informace o formě a charakteru jednotlivých otázek i odpovědi zahrnují konkrétní úseky.

Otázka č. 1 V jakém typu zařízení jako dětský/á ergoterapeut/ka pracujete?

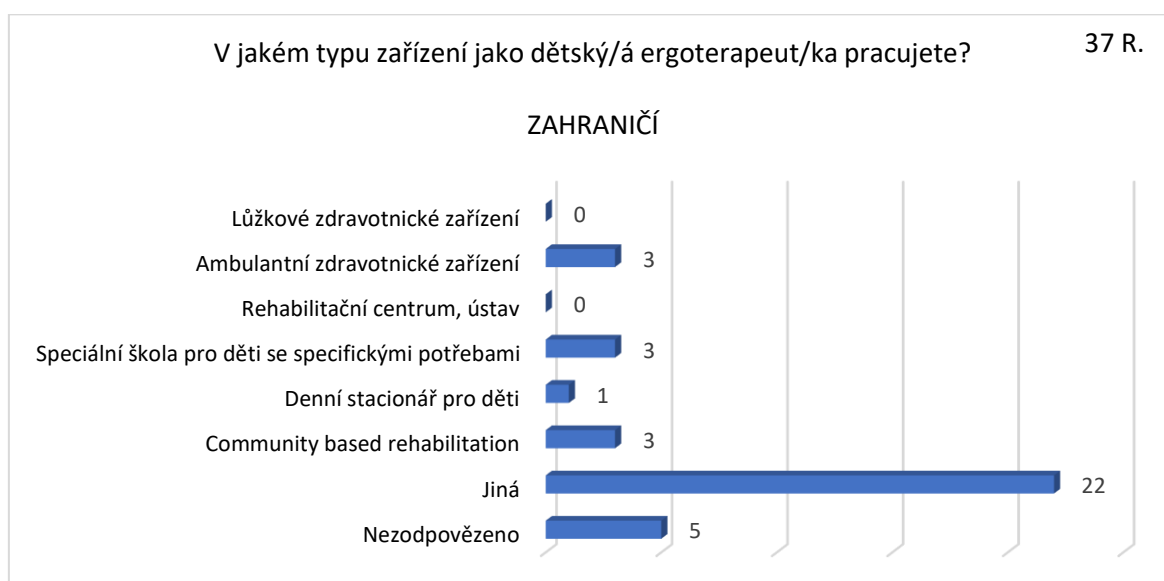
Graf 2 Zařízení, ve kterých pracují ergoterapeuti – ČR



Zdroj: vlastní

Položením první polouzavřené otázky si autor práce kladl za cíl zjistit, v jakých typech zařízení odpovídající ergoterapeuti pracují a potažmo, kde se s využitím muzikoterapeutických prvků můžeme nejčastěji setkat. Nejvíce odpovídajících, konkrétně 9 (32,1 %) respondentů, pracuje v ambulantních zařízeních, dalších 7 (25 %) provádí ergoterapii v lázeňských zařízeních. Srovnatelná účast na dotazníkovém šetření byla od pracovníků v rehabilitačních centrech a denních stacionářích se sociálně aktivizační službou, v obou případech po třech odpovídajících (2x 10,7 %). Pouze jeden (3,6 %) odpovídající zvolil možnost speciální školy. Ačkoliv se na první pohled zdá, že účast ergoterapeutů v lůžkových zařízeních byla nulová, 2 respondenti (7,1 %) využili možnost odpovědi „jiná“ a uvedli, že pracují v ambulantním i lůžkovém zařízení současně. Další tři osoby (10,7 %), které nevybraly ani jednu z předpřipravených odpovědí napsaly, že pracují v neziskové organizaci, v sociálním zařízení a jako OSVČ.

Graf 3 Zařízení, ve kterých pracují ergoterapeuti – zahraničí



Zdroj: vlastní

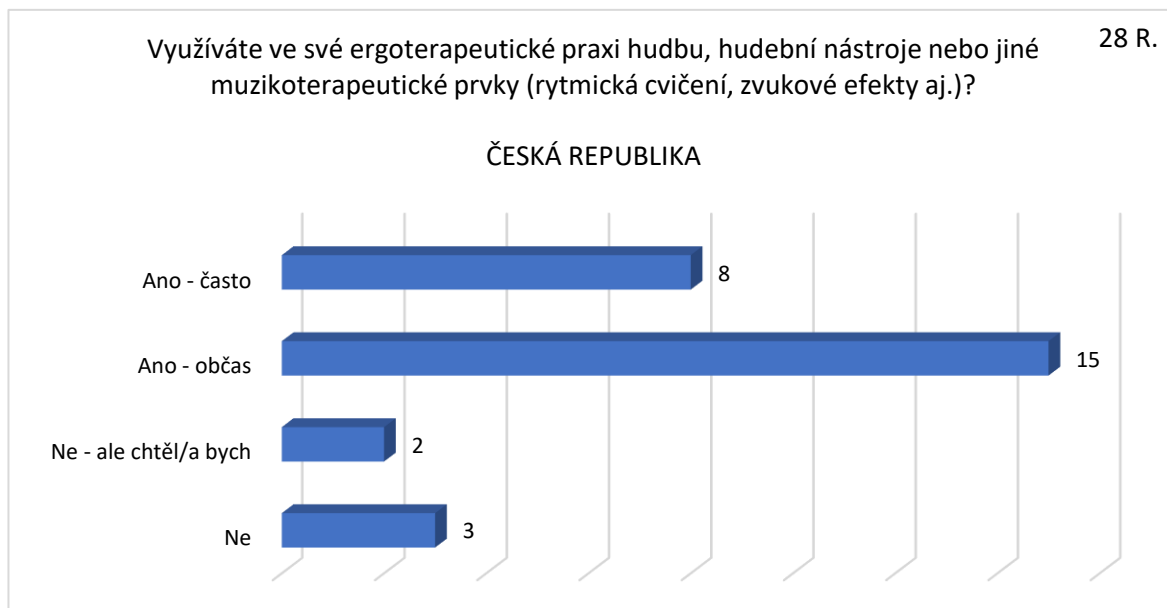
V této první otázce jsou hned na první pohled patrné rozdíly oproti výsledkům z České republiky. O několik řádků výše je napsáno, že odpověď „Jiná“ v České republice využilo jen 5 ergoterapeutů (21,7 %). V zahraničním dotazníku se tato varianta objevila 22x (59,5 %), což je patrně následek rozdílů ve zdravotnickém systému. Pouze 10 (27 %) odpovídajících si vybralo vhodnou odpověď mezi připravenými položkami. V ambulantních zdravotnických zařízeních, speciálních školách a community based rehabilitation (rehabilitace probíhající v domácím prostředí) pracují shodně ve všech třech případech tři (3x 8,1 %) z dotazovaných, jeden další (2,7 %) své ergoterapeutické služby poskytuje v denním stacionáři pro děti.

Nyní je potřeba podrobněji vyhodnotit poslední kategorii, do které respondenti napsali informace o svém pracovišti prostřednictvím vlastní odpovědi. Celkem 14 (37,8 %) ergoterapeutů napsalo, že pracuje v soukromém sektoru (soukromá dětská praxe, dětská ambulance, soukromá komunitní rehabilitace). Dva (5,4 %) z respondentů pomáhají dětem ve veřejných školách. Ti ostatní vybrali tuto variantu ze dvou různých důvodů. Buď chtěli své pracoviště lépe specifikovat nebo profesně působí v několika oblastech zároveň. Jeden z odpovídajících upřesnil, že poskytuje vývojovou podporu a senzoryckou integraci v soukromé praxi a zároveň ve speciálních školách. Další odpověděl, že působí nejen v terapeutickém sektoru, ale i ve školách a domovech současně. Dvakrát se také objevila

kombinace soukromé praxe a domácí péče. Poslední zmínka patří osobě, která uvedla, že poskytuje nezávislou ergoterapeutickou podporu pro děti s různými problémy.

Otázka č. 2 **Využíváte ve své ergoterapeutické praxi hudbu, hudební nástroje nebo jiné muzikoterapeutické prvky (rytmická cvičení, zvukové efekty aj.)?**

Graf 4 Míra používání muzikoterapeutických prvků v ergoterapii – ČR



Zdroj: vlastní

Celkem 23 z dotazovaných dětských ergoterapeutů odpovědělo, že muzikoterapeutické techniky ve své praxi využívají, z toho 8 (28,6 %) zmíněných respondentů považuje hudbu za běžnou součást ergoterapie a používají ji často, dalších 15 (53,6 %) pouze občas. Pět (17,9 %) zbývajících respondentů vybralo možnost, která nepotvrzuje používání muzikoterapeutických prvků při jejich práci s dětmi s kombinovaným postižením. Celkově 82,1 % v různé intenzitě zařazuje muzikoterapeutické techniky při ergoterapii. Poměrně menší číslo, konkrétně 17,9 % nikoliv.

Jelikož jsou další dotazy směřovány přímo na používání muzikoterapeutických prvků a vlastních zkušeností s nimi, měla tato položka charakter filtrační otázky a vyřadila výše zmíněné respondenty pro další dotazy, i přes to, že 2 (7,1 %) z nich by podle své odpovědi rádi používání muzikoterapeutických prvků ve své praxi zavedli.

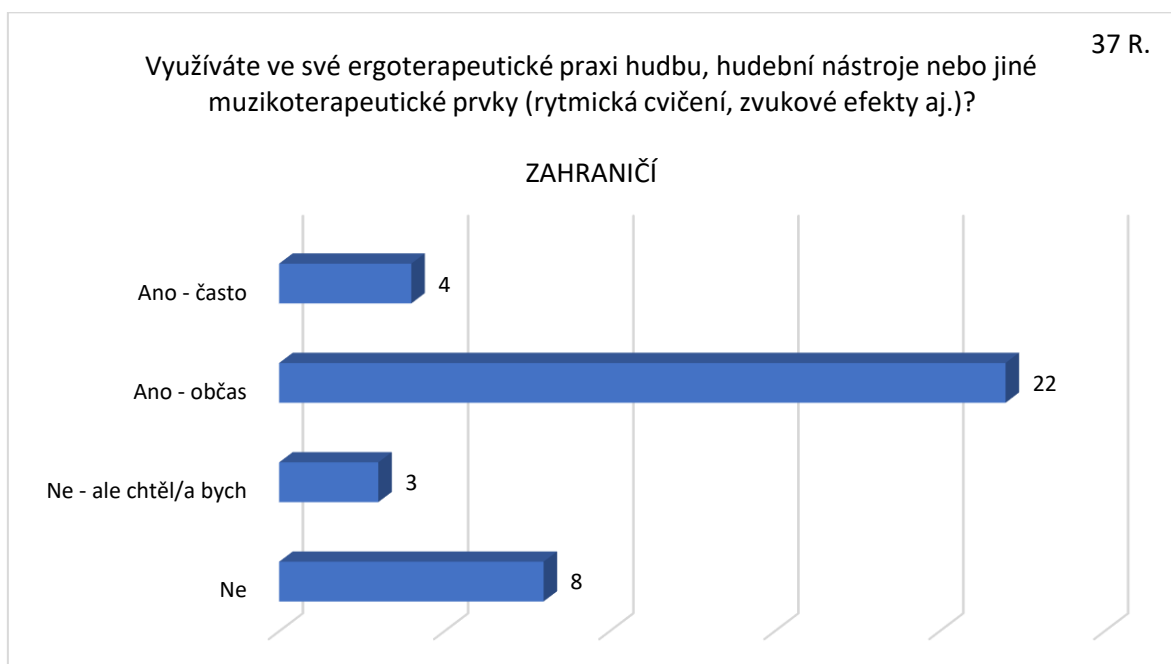
Následující tabulka znázorňuje, v jaké míře používají ergoterapeuti muzikoterapeutické prvky v souvislosti s typem zařízení. Z odpovědí je patrné, že v České republice se nejvíce používají v ambulantních a lázeňských zařízeních.

Tabulka 1 Míra používání muzikoterapeutických prvků podle typu zařízení – ČR

Ambulantní zdravotnické zařízení	Ano – často	3
	Ano – občas	5
	Ne – ale chtěl/a bych	1
Rehabilitační centrum, ústav	Ano – občas	2
	Ne	1
Speciální škola pro děti se specifickými potřebami	Ano – často	1
Denní stacionář a sociálně aktivizační služba pro děti	Ano – často	2
	Ano – občas	1
Lázeňské zařízení	Ano – často	1
	Ano – občas	5
	Ne	1
OSVČ	Ne	1
Lůžkové i ambulantní zařízení	Ano – občas	2
Sociální zařízení	Ano – často	1
Nezisková organizace	Ne – ale chtěl/a bych	1

Zdroj: vlastní

Graf 5 Míra používání muzikoterapeutických prvků v ergoterapii – zahraničí



Zdroj: vlastní

Z grafu odpovědí ergoterapeutů ze zahraničí lze vyčíst, že používání muzikoterapeutických prvků potvrdilo 26 účastníků výzkumu, což procentuálně odpovídá 70,3 %. 22 z nich občas a jen 4 často. 11 (29,7 %) z celkových 37 respondentů odpovědělo, že muzikoterapeutické techniky ve své praxi nepoužívají, a proto stejně jako ergoterapeuti z České republiky na další otázky již neodpovídali. Z grafu 5 lze také vyvodit, že 3 z těchto 11 dotazovaných by do budoucna muzikoterapeutické prvky rádi zahrnovali do terapií.

Tabulka 2 Procentuální vyjádření používání muzikoterapeutických prvků v ergoterapii

	Ano – často	Ano – občas	Ne – ale chtěl/a bych	Ne
ČR	28,6 %	53,6 %	7,1 %	10,7 %
Zahraníčí	10,8 %	59,5 %	8,1 %	21,6 %

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 Míra používání muzikoterapeutických prvků podle typu zařízení – zahraničí

Ambulantní zdravotnické zařízení	Ano – často	1
	Ano – občas	2
Speciální škola pro děti se specifickými potřebami	Ano – občas	3
Denní stacionář pro děti	Ano – občas	1
Community based rehabilitation	Ano – často	1
	Ano – občas	1
	Ne	1
Soukromý sektor (soukromá dětská praxe, dětská ambulance, soukromá komunitní rehabilitace)	Ano – často	1
	Ano – občas	9
	Ne – ale chtěl/a bych	1
	Ne	3
Veřejná škola	Ano – občas	2
Soukromá praxe a speciální škola	Ano – občas	1
Soukromá praxe a domácí péče	Ano – často	1
	Ne – ale chtěl/a bych	1
Terapeutický sektor, domácí péče a škola	Ne	1
Nezávislá ergoterapeutická podpora	Ne – ale chtěl/a bych	1
Pracoviště zaměřené na SI	Ne	1

Zdroj: vlastní

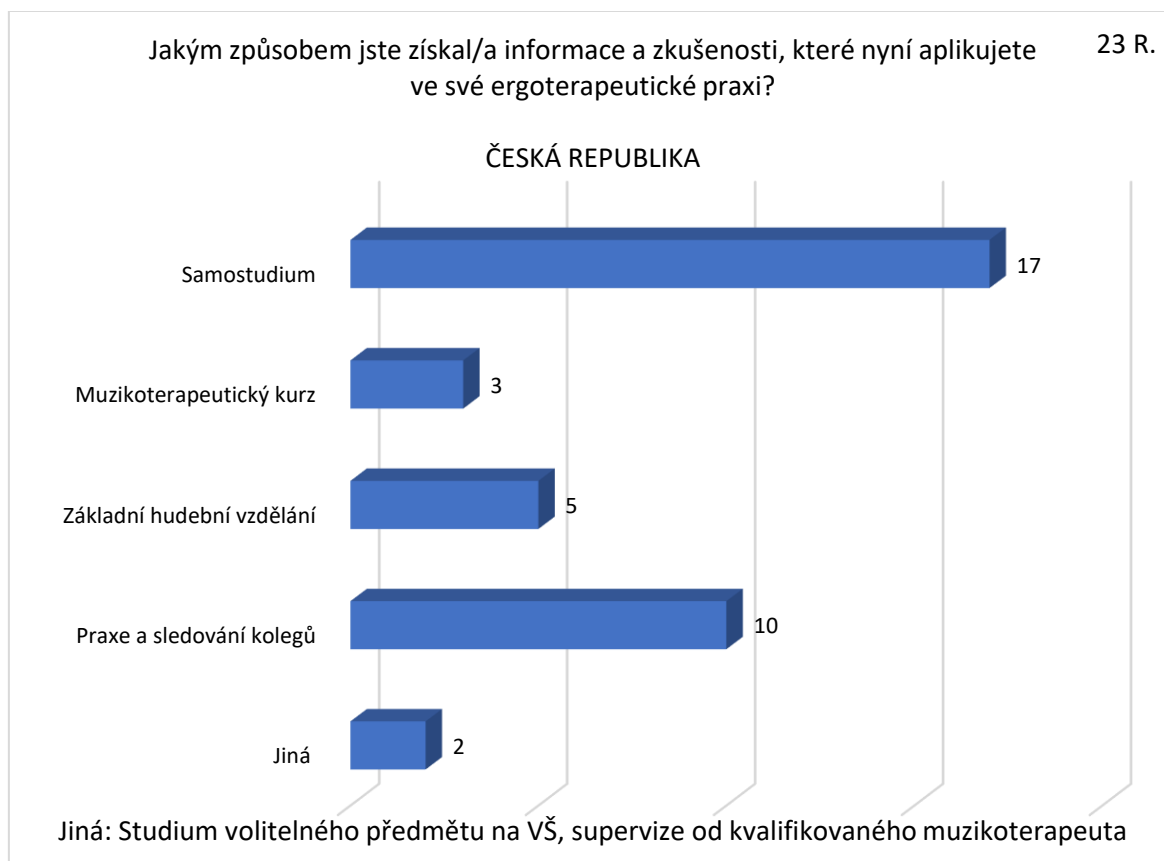
Tabulka 4 Míra používání muzikoterapeutických prvků podle jednotlivých zemí

Velká Británie	Ano – často	1
	Ano – občas	2
	Ne – ale chtěl/a bych	2
	Ne	2
Spojené státy americké	Ano – často	3
	Ano – občas	4
Austrálie	Ano – občas	4
	Ne	1
Švýcarsko	Ano – občas	2
	Ne	2
Německo	Ano – občas	3
	Ne	1
Kanada	Ano – občas	2
	Ne – ale chtěl/a bych	1
Rakousko	Ano – občas	2
Nizozemsko	Ano – občas	1
	Ne	1
Indie	Ano – občas	1
Nový Zéland	Ano – občas	1
Irsko	Ne	1

Zdroj: vlastní

Otázka č. 3 **Jakým způsobem jste získal/a informace a zkušenosti, které nyní aplikujete ve své ergoterapeutické praxi?**

Graf 6 Způsob získávání informací a zkušeností – ČR



Zdroj: vlastní

Jak již bylo zmíněno, na aktuální i všechny zbývající otázky, odpovídalo pouze 23 respondentů, pediatrických ergoterapeutů, kteří mají s využíváním muzikoterapeutických prvků osobní zkušenost. Záměrem této otázky bylo zjistit, jakým způsobem se ergoterapeuti v této oblasti vzdělávali či nadále vzdělávají. Autorovým předpokladem bylo, že ergoterapeuti mohou formy získávání informací týkající se této problematiky kombinovat, a proto byla možnost vybrat v této otázce více vhodných variant.

Největší zastoupení mělo mezi odpovídajícími samostudium, což jako formu vzdělávání vybralo celkem 17 (73,9 %) respondentů, dalších 10 (43,5 %) účastníků obohacuje své znalosti sledováním kolegů, ale i zkušenostmi a pozorováním reakcí dětí ve vlastní profesní praxi. Dohromady 5x (21,7 %) se objevila odpověď potvrzující základní hudební vzdělání a pouze 3x (13 %) absolvování specializovaného muzikoterapeutického

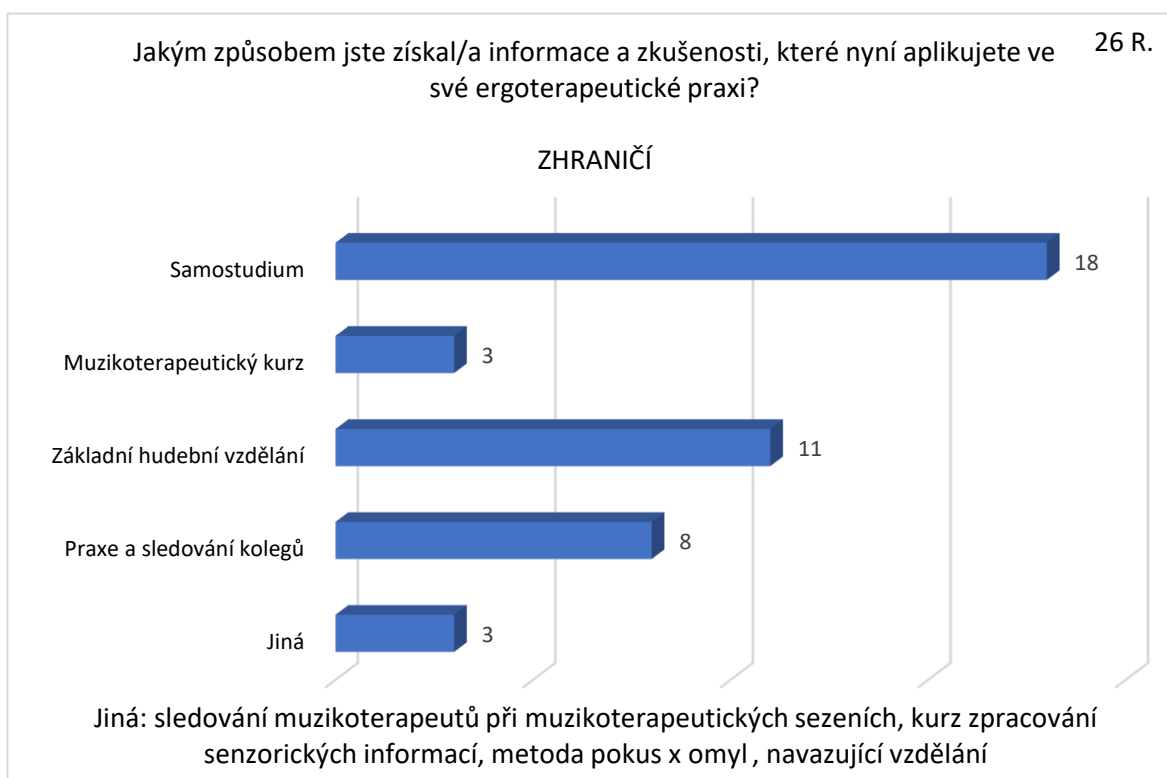
kurzu. V rámci volitelné odpovědi přibyly dvě varianty (8,7 %), a tedy supervize kvalifikovaným muzikoterapeutem a studium volitelného předmětu „muzikoterapie“ na vysoké škole.

Tabulka 5 Kombinace odpovědi na otázku č. 3 – Česká republika

R1	Praxe a sledování kolegů		
R2	Samostudium		
R3	Samostudium	Praxe a sledování kolegů	
R4	Samostudium		
R5	Samostudium	Supervize od muzikoterapeuta	
R6	Praxe a sledování kolegů		
R7	Samostudium	Praxe a sledování kolegů	
R8	Samostudium		
R9	Praxe a sledování kolegů		
R10	Samostudium	Základní hudební vzdělání	Praxe a sledování kolegů
R11	Samostudium	Praxe a sledování kolegů	
R12	Samostudium	Praxe a sledování kolegů	
R13	Samostudium		
R14	Základní hudební vzdělání		
R15	Samostudium	Základní hudební vzdělání	Volitelný předmět při studiu na VŠ
R16	Samostudium		
R17	Samostudium	Muzikoterapeutický kurz	
R18	Samostudium	Základní hudební vzdělání	Praxe a sledování kolegů
R19	Samostudium	Praxe a sledování kolegů	
R20	Samostudium		
R21	Samostudium	Základní hudební vzdělání	
R22	Muzikoterapeutický kurz		
R23	Muzikoterapeutický kurz		

Zdroj: vlastní

Graf 7 Způsob získávání informací a zkušeností – zahraničí



Zdroj: vlastní

Po druhé položce se snížil počet odpovídajících ze 37 na 26. Na aktuální otázku, stejně jako v České republice nejvíce účastníků zareagovalo výběrem možnosti „samostudium“. Tato varianta byla zvolena celkem 18x (69,2 %). Základní hudební vzdělání podle výsledků absolvovalo 11 (42,3 %) dotazovaných a muzikoterapeutický kurz pouze 3 (11,3 %). 8 (30,8 %) respondentů se vzdělává v průběhu své praxe a pozorováním svých kolegů. Možnost doplnit vlastní odpověď využilo 5 (19,2 %) z respondentů. Ti se v individuálních případech inspirovali od muzikoterapeutů při muzikoterapeutických sezeních, na kurzu zpracování sensorických informací, v rámci navazujícího studia nebo aplikují metodu pokus x omyl při vedení klientů, čímž získávají potřebné poznatky.

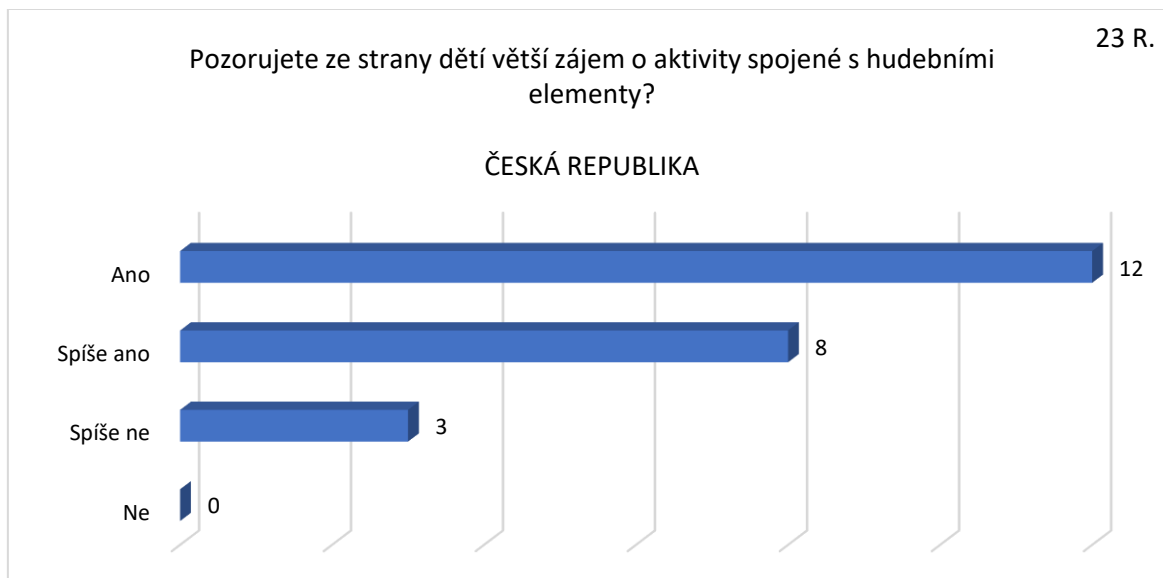
Tabulka 6 Kombinace odpovědi na otázku č. 3 – zahraničí

R1	Muzikoterapeutický kurz		
R2	Samostudium	Praxe	Práce s muzikoterapeuty
R3	Základní hudební vzdělání	Praxe	
R4	Praxe		
R5	Samostudium		
R6	Samostudium	Základní hudební vzdělání	Praxe
R7	Samostudium	Praxe	
R8	Základní hudební vzdělání	Praxe	
R9	Sledování muzikoterapeutů při muzikoterapeutických sezeních		
R10	Samostudium		
R11	Samostudium		
R12	Samostudium		
R13	Samostudium		
R14	Samostudium		
R15	Samostudium	Základní hudební vzdělání	
R16	Muzikoterapeutický kurz	Základní hudební vzdělání	Praxe
R17	Samostudium	Základní hudební vzdělání	Metoda pokus x omyl
R18	Samostudium	Kurz zpracování senzorických informací	
R19	Samostudium		
R20	Samostudium		
R21	Samostudium	Navazující vzdělání	
R22	Muzikoterapeutický kurz	Základní hudební vzdělání	
R23	Základní hudební vzdělání		
R24	Samostudium	Základní hudební vzdělání	
R25	Samostudium	Základní hudební vzdělání	Praxe
R26	Samostudium	Základní hudební vzdělání	

Zdroj: vlastní

Otázka č. 4 **Pozorujete ze strany dětí větší zájem o aktivity spojené s hudebními elementy?**

Graf 8 Zájem dětí o hudební prvky v ergoterapii – ČR

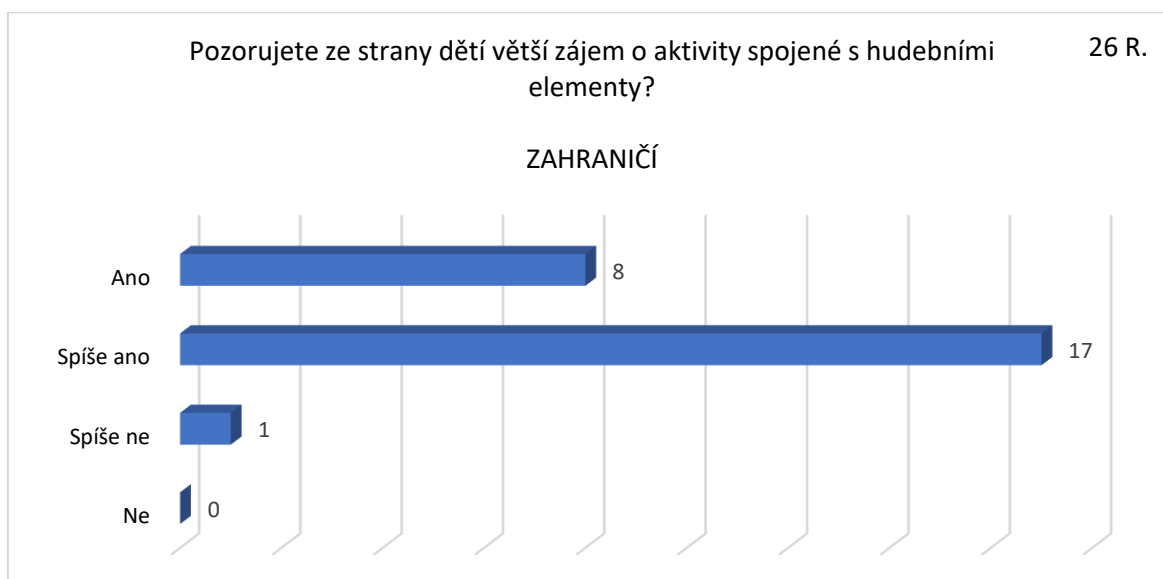


Zdroj: vlastní

Cílem této otázky bylo zjistit, zda opravdu mohou muzikoterapeutické prvky v dětské ergoterapii působit jako motivační prostředek, a tedy, zda ergoterapeuti pozorují ze strany dětí větší zájem o aktivity spojené s hudbou a hudebními elementy.

Více než polovina účastníků výzkumu v České republice souhlasí, že o tyto aktivity mají děti větší zájem. Variantu „Ano“ zaškrtnulo ve formuláři 12 respondentů, což odpovídá 52,2 % ze všech odpovídajících. Dalších 8 (34,8 %) si vybralo možnost „Spíše ano“, tudíž souhlasí s tím, že v některých případech může hudba zvýšit zájem dítěte v průběhu terapie. Pouze 3 (13 %) ergoterapeuti svým výběrem odpovědi „Spíše ne“ tuto otázku zpochybňují. Poslední varianta, která by toto tvrzení úplně vyvracela, zůstala s číslem 0.

Graf 9 Zájem dětí o hudební prvky v ergoterapii – zahraničí

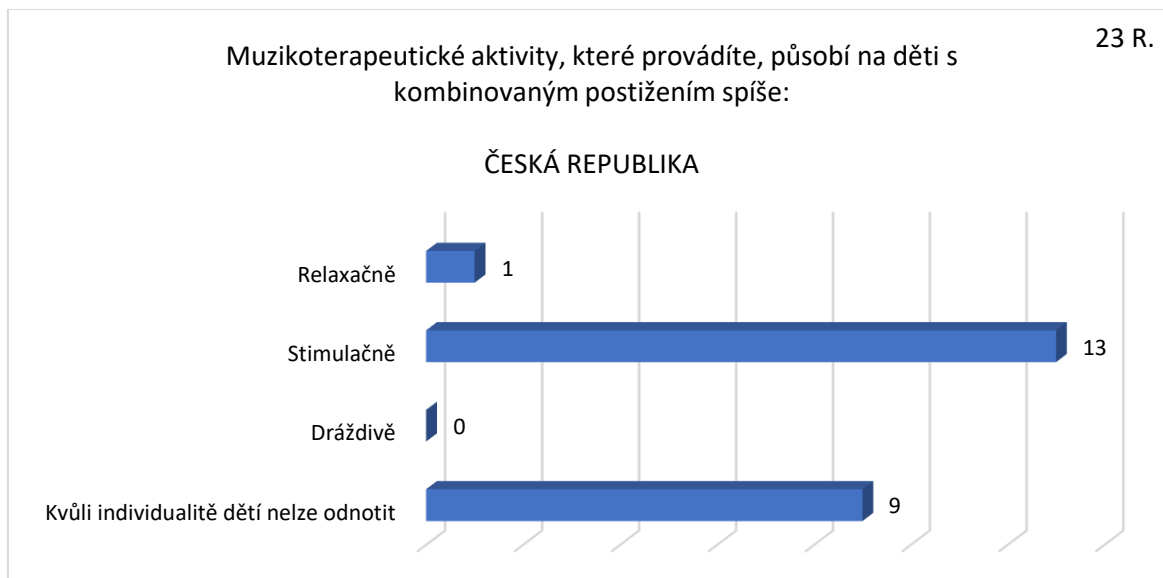


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda mají děti větší zájem o aktivity spojené s hudebními elementy se vyjádřilo 8 (30,8 %) respondentů souhlasně možností „Ano“ a dalších 17 (65,4 %) „Spíše ano“. Pouze jeden (3,8 %) dotazovaný označil políčko, které se přiklání na stranu nesouhlasu, tedy „Spíše ne“. Stejně jako v předchozím případě u českých ergoterapeutů, i zde nikdo z respondentů neodpověděl „Ne“.

Otázka č. 5 **Muzikoterapeutické aktivity, které provádíte, působí na děti s kombinovaným postižením spíše:**

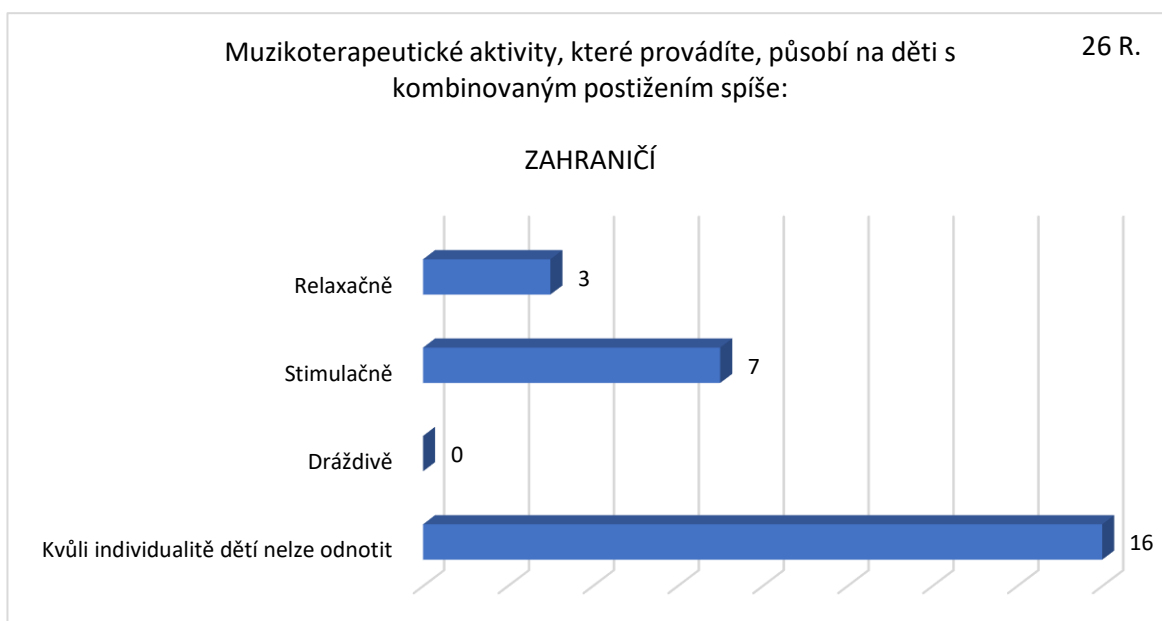
Graf 10 Působení MT na děti s kombinovaným postižením – ČR



Zdroj: vlastní

Předchozí položka zjišťovala, zda mají děti o muzikoterapeutické aktivity v terapii zájem. Nyní na ni lehce navazuje otázka, která si klade za cíl odhalit, jaké jsou jejich reakce. Dotazovaní měli v této uzavřené otázce na výběr celkem čtyři alternativy, z kterých měli vybrat pouze jednu. 13 (56,5 %) z nich odpovědělo, že dle jejich zkušeností působí muzikoterapeutické aktivity na děti stimulačně. Z pohledu autora tato položka zahrnuje vliv hudebních aktivit jako určitý způsob motivace a povzbuzení ke spolupráci v terapii. Jen jeden (4,3 %) z odpovídajících sleduje během terapie spíše relaxační účinky. To, že hudba působí na děti ze všech odpovědí nejvíce dráždivě, si podle výsledků nemyslí žádný z hodnotících ergoterapeutů. Ačkoliv může být dráždění určitá forma stimulace, byla tato odpověď zamýšlena spíše směrem negativních účinků hudby. Poslední možná varianta zdůrazňovala individualitu každého dítěte, kvůli které nelze jejich reakce jednotně vyjádřit. S tímto výrokem souhlasilo celkem 9 (39,1 %) respondentů.

Graf 11 Působení MT na děti s kombinovaným postižením – zahraničí

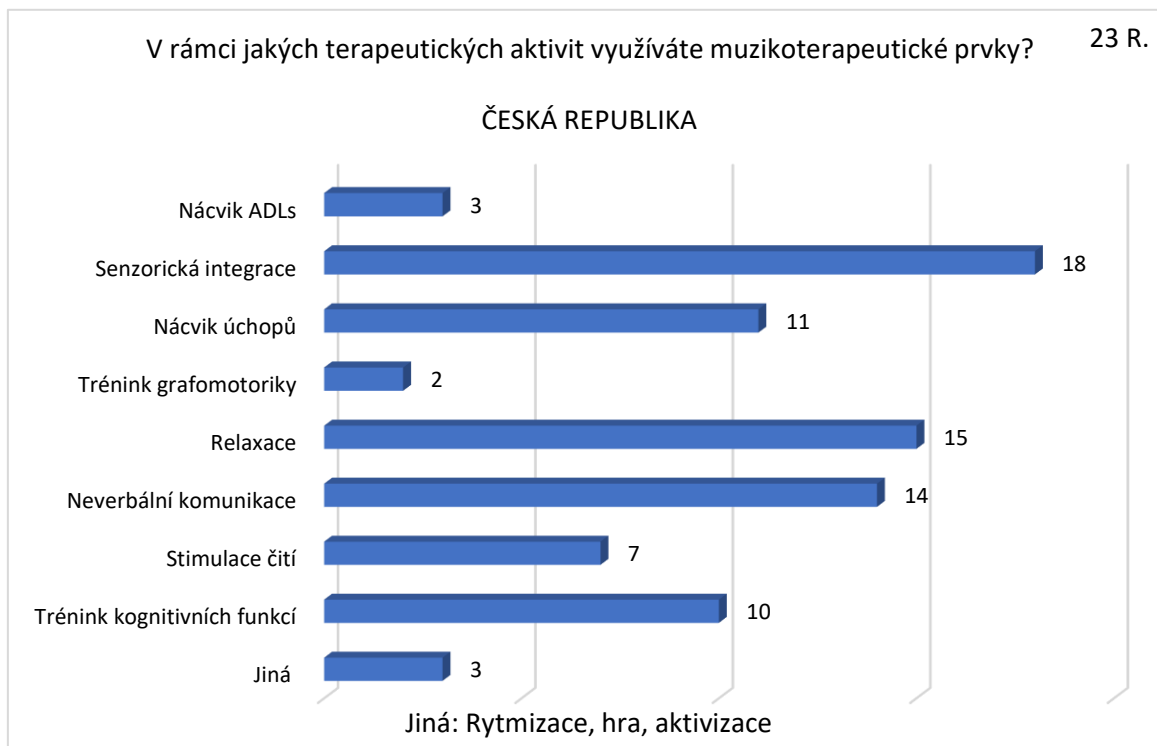


Zdroj: vlastní

Většina (61,5 %) odpovídajících ze zahraničí se shodla, že vliv muzikoterapeutických aktivit na děti nelze kvůli jejich individualitě hodnotit. 38,5 % si zvolilo konkrétní možnost. Přesněji se 7x (26,9 %) objevil názor, že hudba má na děti zejména stimulační účinek, 3x (11,5 %) relaxační.

Otázka č. 6 V rámci jakých terapeutických aktivit využíváte muzikoterapeutické prvky?

Graf 12 Využití muzikoterapeutických prvků v rámci terapeutických aktivit – ČR



Zdroj: vlastní

V rámci teoretické části bakalářské práce bylo popsáno několik vhodných oblastí a konkrétních aktivit, kde a za jakým účelem je možné muzikoterapeutické prvky využít. Tato otázka byla položena i dětským ergoterapeutům. Respondenti měli možnost zvolit jednu nebo více předvyplněných odpovědí podle jejich uvážení. Zároveň mohli vhodnou aktivitu navrhnout prostřednictvím odpovědi „jiná“. Absolutní většina mezi terapeutické aktivity, při kterých figuruje hudba, zařadili senzoryckou integraci. Z 23 odpovídajících tuto intervenci zvolilo 18, což procentuálně odpovídá 78,3 %. Druhý a třetí nejvyšší počet bodů získala relaxace a neverbální komunikace. To, že hudba dokáže navodit a podpořit relaxační stav si myslí 15 (65,2 %) ergoterapeutů, jako možnou alternativu neverbální komunikace využívá muzikoterapeutické prvky 14 (60,9 %) z nich.

Funkci ruky, konkrétně nácvik různých úchopů, trénuje pomocí hudebních nástrojů a jiných muzikoterapeutických technik 11 (47,8 %) respondentů. Dalších 10 (43,5 %) si z odpovědí vybralo i trénink kognitivních funkcí. Hudba je neodmyslitelně spjata i

s vibracemi, prostřednictvím kterých je možné působit na hlubokou citlivost dítěte. Stimuly pro povrchovou citlivost jsou zase různé materiály, struktura i teplota nástrojů. K dosažení lepších výsledků v oblasti čítí aplikuje muzikoterapii v popředí s hudebními nástroji 7 z 23 (30,4 %) dotazovaných.

Ačkoliv je nácvik soběstačnosti jednou z nejdůležitějších oblastí ergoterapie, použití hudebních elementů k nácviku všedních denních činností (ADLs) je v grafu vyznačeno pouze ve třech (13 %) případech. V dalších dvou (8,7 %) případech je zmíněn nácvik grafomotoriky, tedy soubor schopností potřebných pro psaní a kreslení. Kromě autorem nabízených možností se objevily ještě 3 další odpovědi, které zdůrazňují další situace, při kterých ergoterapeuti navrhnou využití muzikoterapeutických prvků. Jednou z nich je varianta, kdy je potřeba dítě rytmizovat, například při provádění různých motorických dovedností. Ve druhém případě je hudba aplikována jako prvek aktivizace a třetím způsobem je využití hudby jako prvku hry.

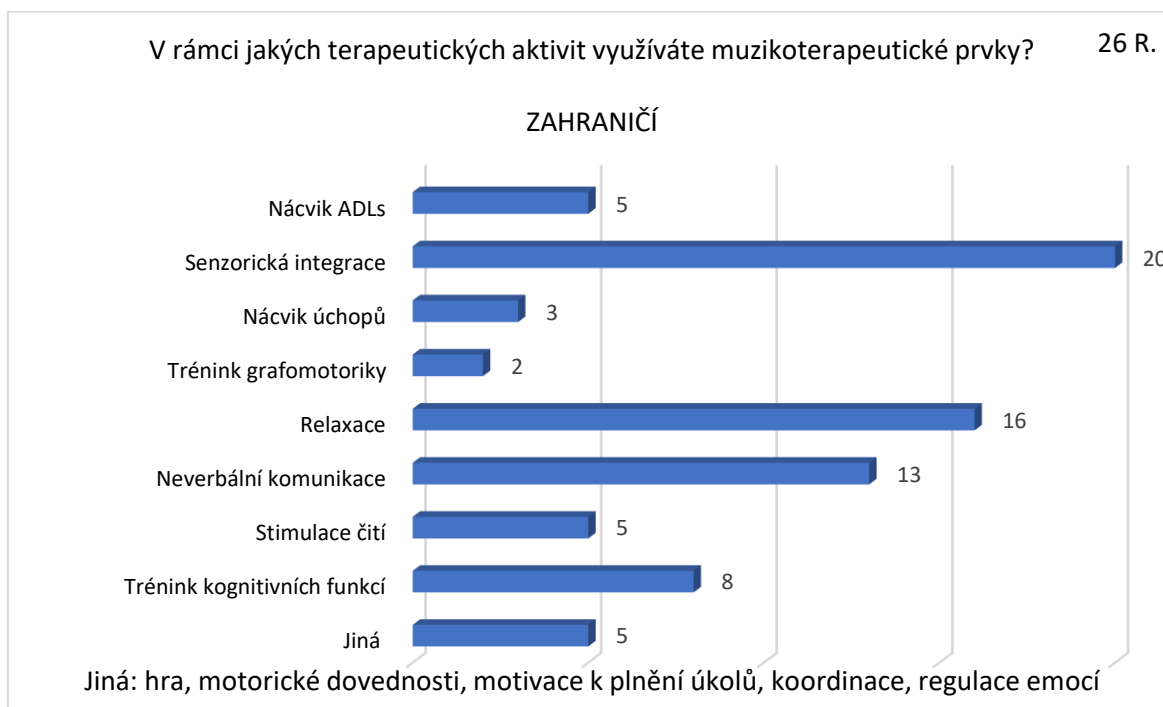
Tabulka na následující straně znázorňuje, jak jednotliví respondenti své odpovědi kombinovali.

Tabulka 7 Kombinace odpovědi na otázku č. 6 – Česká republika

R1	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace			
R2	Senzorická integrace	Nácvik úchopů				
R3	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Stimulace čítí			
R4	Nácvik úchopů	Relaxace				
R5	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Aktivizace		
R6	Neverbální komunikace	Stimulace čítí	Trénink kognitivních funkcí			
R7	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Relaxace	Stimulace čítí	Trénink kognitivních funkcí	
R8	Nácvik úchopů	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí	Hra		
R9	Relaxace					
R10	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Relaxace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí	
R11	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Relaxace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí
R12	Senzorická integrace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí			
R13	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí		
R14	Relaxace					
R15	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí	Rytmizace	
R16	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Trénink grafomotoriky		
R17	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Trénink grafomotoriky	Relaxace	Neverbální komunikace	Stimulace čítí
R18	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Stimulace čítí		
R19	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Neverbální komunikace			
R20	Senzorická integrace	Stimulace čítí				
R21	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Relaxace			
R22	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí		
R23	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Relaxace	Neverbální komunikace	Stimulace čítí	Trénink kognitivních funkcí

Zdroj: vlastní

Graf 13 Využití muzikoterapeutických prvků v rámci terapeutických aktivit – zahraničí



Zdroj: vlastní

Stejně jako v české verzi dotazníku, i zde dominovalo využití hudebních elementů v rámci senzorycké integrace, konkrétně ve 20 případech (76,9 %). Tuto možnost odpovídající nejčastěji kombinovali s relaxací (61,5 %) a s neverbální komunikací (50 %). Již méně než polovina, tedy 8 respondentů (30,8 %), potvrdila možné propojení muzikoterapeutických technik s tréninkem kognitivních funkcí. Dalších 5 (19,2 %) vidí spojitost se stimulací čítí i s nácvikem všedních denních činností. Nejmenší zastoupení má v grafu odpověď „Nácvik úchopů“ a „Trénink grafomotoriky“. V prvním případě ji vybrali 3 (11,5 %) z dotazovaných, ve druhém 2 (7,7 %). S návrhem vhodné aktivity přispělo navíc 5 ergoterapeutů. Mezi nimi byla zastoupena odpověď navrhuující využití muzikoterapeutických prvků ke zlepšení hrubě motorických dovedností, další se týkala koordinace v rámci motoriky. Jeden z respondentů uvedl, že používá hudbu jako prvek hry. V rámci ergoterapeutických aktivit má hudba, dle jednoho z respondentů, své opodstatnění i při regulaci emocí. Objevila se také položka zobrazující využití hudby jako určitého motivačního prostředku k plnění jiných úkolů, což nelze zcela jistě považovat jako terapeutickou aktivitu.

Tabulka 8 Kombinace odpovědi na otázku č. 6 – zahraničí

R1	Senzorická integrace	Neverbální komunikace				
R2	Hra					
R3	Relaxace	Trénink kognitivních funkcí				
R4	Nácvik úchopů	Relaxace	Stimulace čítí	Trénink kognitivních funkcí		
R5	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace			
R6	Senzorická integrace	Motorické dovednosti				
R7	Senzorická integrace	Nácvik úchopů	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí		
R8	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace		
R9	Nácvik úchopů	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí			
R10	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Stimulace čítí	Trénink kognitivních funkcí	
R11	Senzorická integrace					
R12	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace		
R13	Senzorická integrace	Neverbální komunikace				
R14	Senzorická integrace	Relaxace	Motivace k plnění úkolů			
R15	Senzorická integrace	Trénink grafomotoriky	Relaxace			
R16	Senzorická integrace	Trénink grafomotoriky	Relaxace	Stimulace čítí		
R17	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí	Regulace emocí
R18	Senzorická integrace	Relaxace	Stimulace čítí			
R19	Koordinace					
R20	Senzorická integrace	Relaxace				
R21	Senzorická integrace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí			
R22	Senzorická integrace					
R23	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace			
R24	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Relaxace			
R25	Nácvik ADLs	Senzorická integrace	Relaxace	Neverbální komunikace	Stimulace čítí	
R26	Relaxace	Neverbální komunikace	Trénink kognitivních funkcí			

Zdroj vlastní

Otázka č. 7 Cílem ergoterapie je dosáhnout u pacientů maximální možné soběstačnosti. Jak lze podle Vás využít hudbu při nácviku a provádění všedních denních činností?

Otázka č. 7 byla v dotazníku první otevřenou otázkou, která vyžadovala určité zamyšlení a více času na vyplnění. Jelikož byl formulář zhotoven tak, že není povinnost vyplnit všechny položky, objevily se zde poprvé případy, kdy položka zůstala nezodpovězena. Celkově se k této problematice v české verzi dotazníku nevyjádřili 4 respondenti, což odpovídá 17,4 % odpovídajících z původních 23. Dvě další odpovědi se nesly v duchu nepoužívání či nevědomosti, a proto je taktéž nelze zmínit. Ačkoliv neměl nácvik všedních denních činností v předchozí otázce příliš velké zastoupení, zbylých 17 (73,9 %) ergoterapeutů se s autorem podělilo o jejich názory, nápady, ale i vlastní zkušenosti, jak lze muzikoterapeutické prvky u dětí k nácviku soběstačnosti využít.

V této pasáži by autor rád některé z obsáhlejších odpovědí citoval. Jeden z respondentů například napsal: *„Z mé zkušenosti je hudba výborný prostředek k tomu, dítě zaujmout, získat si jeho pozornost a následně jej motivovat k činnosti. Je to hra, zábava, kterou lze propsat do ADL (lokomoce/přesuny), jídlo aj.“*

„Zvukovým stimulem můžeme například u dítěte zlepšit koordinaci oko-ruka a zrakovou kontrolu, což je základ pro provádění jakékoliv ADL aktivity. Pro dítě může být běžně používaný nástroj v ADL (hřeben, kartáček na zuby, ...) zajímavější, pokud je mu přidán zvukový efekt. Může tak zvýšit motivaci dítěte tento nástroj používat. Zvukový prvek lze také použít jako odměnu/motivaci něco provést (např. když se pokusí samo si obléci ponožky, může si zahrát na piano). Díky hře na hudební nástroje může dítě výrazně zlepšit bilaterální integraci (HKK využívají jinou funkci - např. jedna ruka drží krk kytary, druhá ruka brnká na struny) a koordinaci HKK například při hře na buben.“

Z obou výše uvedených výroků lze vyzdvihnout několik zajímavostí, které se i v dalších formulacích několikrát opakovaly. To, že hudba může být určitým prostředkem pro zaujetí, získání pozornosti nebo motivaci napsalo i s výše citovanými celkem 5 (21,7 %) respondentů. Ve druhé citaci nalezneme zmínku o hudbě ve formě odměny. I tahle varianta se mezi odpověďmi ještě jednou opakovala. Ve druhé odpovědi se autor/ka věnuje nejvíce koordinaci. Pozastavuje se nejen nad koordinací oko-ruka, ale také nad koordinací obou horních končetin, či s tím spojenou bilaterální integrací, kdy každá končetina vykonává jiný pohyb a tím i jinou funkci. O bimanuální souhře a její důležitosti pro vykonávání aktivit denního života se také zmínil jeden další z dotazovaných.

Další oblastí, které se ergoterapeuti věnovali, je rytmiizace. Podle šesti (26,1 %) odpovídajících může být rytmiizace pohybů jedním z důležitých kroků před vlastním nácvikem ADLs nebo s ním spojeným. Konkrétně lze podle respondentů rytmus použít k udávání rychlosti aktivity či ke zrychlení psychomotorického tempa, další z nich si myslí, že jde s pomocí hudby natrénovat rytmiizovaný pohyb horních končetin. Jeden z respondentů pohyb na základě rytmu specifikoval takto: „*Pokud chci stimulovat dítě, dám tempo rychlejší a naopak*“.

Celkem čtyřikrát se objevila položka, která navrhuje přímé propojování hudby s ADLs. Z odpovědí vyplývá, že někteří ergoterapeuti si myslí, že lze spojit konkrétní hudbu s konkrétní činností, a tak u dítěte podmínit vytvoření určitého stále se opakujícího rituálu a pravidelnosti. Další z nich zmínili, že lze využít existující či nově složené dětské písničky nebo říkanky jako návod a dodržování postupů při sebeobsluze. I relaxace byla ve třech případech (13 %) zmíněna v souvislosti se sebeobsluhou. Buď může hudba figurovat obecně jako prvek pro relaxaci a uvolnění nebo jako způsob zklidnění při neoblíbené a problematické aktivitě. S tím jeden z respondentů spojuje i koncentraci na danou aktivitu.

Další odpovědi měly pouze individuální zastoupení. Hudbou lze podle respondentů mimo jiné podporovat plánování činností, povědomí o vlastním těle, orientaci na těle i verbální komunikaci při vykonávání ADLs.

Úmyslně byla hned na úvod referována zkušenost, která naznačuje, že hudba při tréninku soběstačnosti funguje jako prostředek. Až na výjimky lze z ostatních odpovědí usoudit, že podobný pohled mají i další ergoterapeuti. Většina z nich, ačkoliv to přímo nezdůraznila, považují hudbu jako prostředek k motivaci či tréninku funkce, která je až v následujících krocích potřebná pro soběstačnost dítěte. Nutno však podotknout, že tyto jednotlivé kroky jsou nedílnou součástí na cestě k soběstačnosti a je potřeba je nacvičit ještě před samotným tréninkem konkrétní běžné denní činnosti, stejně jako u dalších využívaných terapeutických metod.

V anglické verzi dotazníku se k této otázce vyjádřilo 24/26 ergoterapeutů. Dva z nich (7,7 %) uvedli, že považují muzikoterapeutické prvky za součást nácviku ADLs, avšak neuvedli žádný příklad. Další dva neurčitě souhlasili, ale s poznámkou, že tuto metodu nevolí jako první možnost a že záleží na intervenci. Ve dvou případech se autor od dotazovaných dozvěděl, že tuto techniku nepovažují za vhodnou při nácviku soběstačnosti.

Zbylých 18 (69,2 %) ergoterapeutů své nápady a zkušenosti rozvedlo více, a právě tím se bude následující odstavec podrobněji zabývat. Pro určitou strukturu byly odpovědi rozděleny do několika kategorií. Je však potřeba zmínit, že někteří z odpovídajících zanechali v dotazníku více různých názorů, a proto také nelze všechny tyto odpovědi snadno klasifikovat.

Do první kategorie autor zařadil osoby, které stejně jako v České republice odpověděly, že používají písničky, hudební nahrávky a zpěv tak, aby doprovázel a podporoval průběh různých každodenních aktivit. Každý ze 7 (26,9 %) ergoterapeutů patřící do této kategorie samozřejmě formuloval svou odpověď trochu jinak. Jeden z respondentů napsal: „*Vymýšlím písničky a říkanky, abych děti provedl aktivitou ADL, nebo využívám hudební klipy z internetu, např. jak zavazovat boty.*“. Ostatní tento výrok většinou potvrdili. Odpověděli, že hudbu používají buď jako doprovod při řízené aktivitě nebo jako prostředek k zapamatování si jednotlivých postupů.

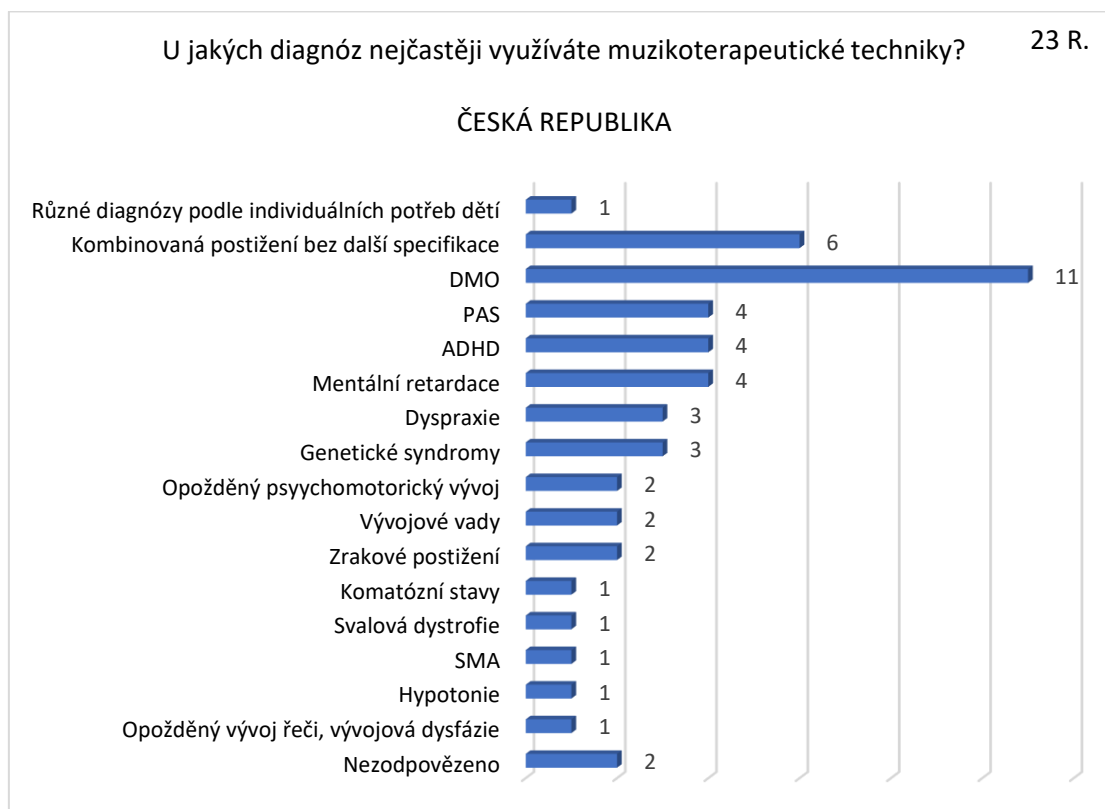
Další kategorii zastupuje šest (23,1 %) respondentů, kteří si myslí, že hudba v nácviku soběstačnosti působí jako uklidňující nebo naopak povzbuzující prostředek, díky kterému jsou děti lépe zapojovány do prováděných aktivit a soustředí na ně svoji pozornost. Jeden z nich si mimo jiné myslí, že hudba na děti funguje jako motivační prostředek. Jiná velmi zajímavá myšlenka poukazuje na fakt, že pro děti je aktivitou běžného života hra. Právě z tohoto důvodu využívá respondent hudební prvky při činnostech založených na účelné hře. Autor také zaznamenal názor, že hudba je v praxi respondenta používána jen tehdy, když s hudbou souvisí cíl terapie. Poslední oblastí, která lze uspořádat do pomyslné kategorie je složka rytmická. Tento názor byl citován již v první části vyhodnocování. Každopádně i v zahraničí přišli tři (11,5 %) z odpovídajících s myšlenkou, že rytmus lze užívat například k sensorickému učení a plánování nebo jím určovat tempo a intenzitu aktivity. V ojedinělých případech se objevil názor, že hudba dokáže rozvíjet základní dovednosti, zlepšovat dlouhodobou paměť, komunikaci, sluchové vnímání, koordinaci oko-ruka a ruka-ruka nebo působit na smyslové vnímání obecně. Roli může hrát také při motorickém učení, jehož prostřednictvím jeden dotazovaný zvyšuje rozsah pohybu.

Na závěr si autor dovil ještě jednu citaci: „*Děti, se kterými pracuji, mají mnohočetné a hluboké obtíže, takže je nepravděpodobné, že budou v budoucnu nezávislé. Společným cílem je proto maximalizovat schopnost dítěte zapojit se do činnosti. Ráda v terapii používám buben Remo Ocean, který je skvělým nástrojem, protože v závislosti na*

dítěti nabízí mnoho možností. Dítě se buď naučí hrát na buben samo, s pomocí dospělého nebo jen vnímá pocity ze hry terapeuta skrze své ruce.“

Otázka č. 8 U jakých diagnóz nejčastěji využíváte muzikoterapeutické techniky?

Graf 14 Nejčastější použití muzikoterapeutických technik z hlediska diagnóz – ČR



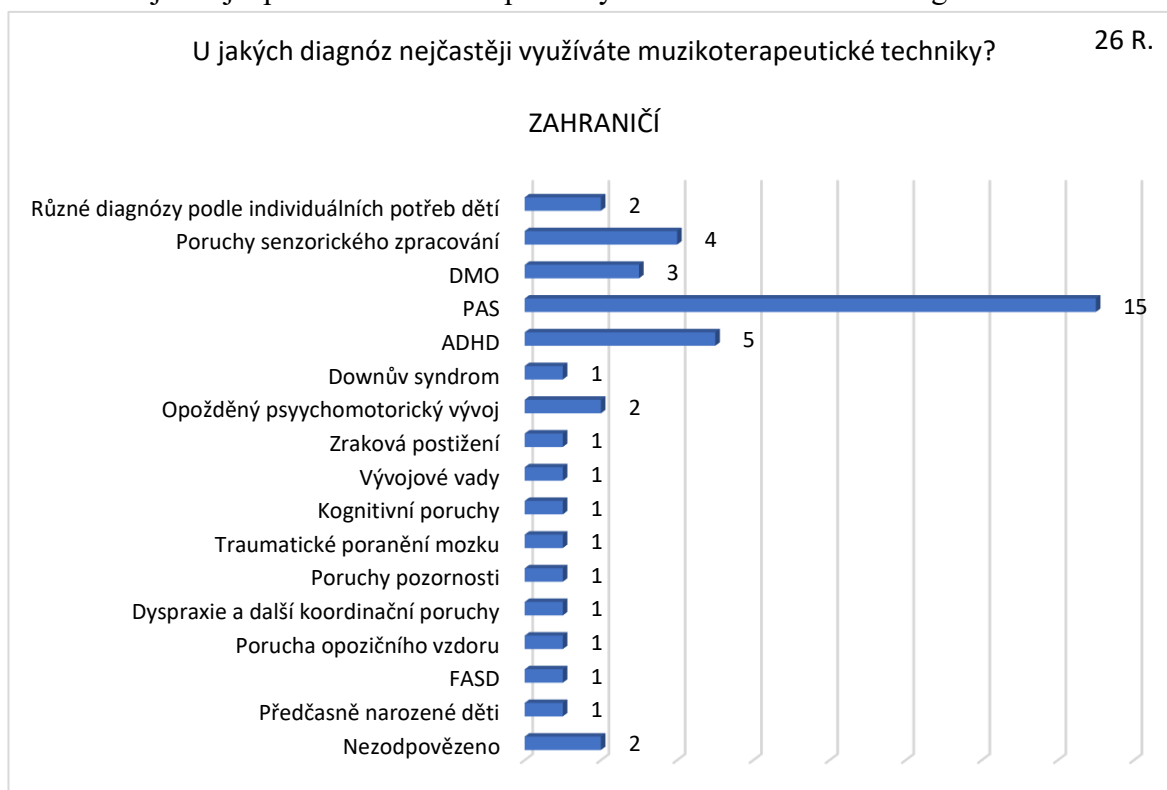
Zdroj: vlastní

Mezi diagnózami, které odpovídající sepsali, se objevují nejen postižení, která se běžně řadí mezi kombinovaná, ale i mnohé další, které nejsou do této kategorie zařazované. Jelikož je však klasifikace kombinovaných vad velmi problematická a zároveň jsou všechna tato postižení dětskými ergoterapeuty považována za potenciální diagnózy, u kterých by využití muzikoterapie mohlo být nápomocné, rozhodl se je autor zmínit také.

Největší zastoupení v odpovědích měla dětská mozková obrna (DMO), což je v současné době jedno z nejběžnějších onemocnění spojovaných s kombinovaným postižením. Mezi odpověďmi se tato varianta objevila celkem 11x (47,8 %). Druhá nejčastější odpověď nebyla od respondentů příliš vhodně specifikovaná, jelikož uvádí využití u různých kombinovaných postižení pouze obecně, což zahrnuje, jak již bylo řečeno,

velmi širokou škálu různorodých diagnóz. Poruchy autistického spektra (PAS), mentální retardace a ADHD jsou diagnózy, které měly v dotazníku stejné zastoupení. Každá z nich se ukázala ve výsledcích celkem 4x (17,4 %). Ve třech (13 %) případech odpovídali respondenti, že využívají muzikoterapeutické techniky u dětí s dyspraxií a další tři také u dětí s genetickými syndromy. Konkrétně měli 2 odpovídající na mysli Downův a Rettův syndrom, přičemž jeden další zmínil navíc Westův a Angelmanův syndrom. Mezi všemi reakcemi se 2x objevily také různé vývojové vady, zraková postižení nebo opožděný psychomotorický vývoj. Zároveň ve dvou případech zůstala otázka nezodpovězena. Pouze jednou autor mezi odpověďmi zaregistroval komatózní stavy, svalovou dystrofii, svalovou muskulární atrofii, hypotonii a opožděný vývoj řeči či vývojovou dysfázii. Poslední a taktéž ojedinělá odpověď zněla následovně: „*Muzikoterapeutické techniky využívám u všech různých dětských diagnóz s ohledem na jejich individuální potřeby*“.

Graf 15 Nejčastější použití muzikoterapeutických technik z hlediska diagnóz – zahraničí



Zdroj: vlastní

V České republice dominovala v této otázce především dětská mozková obrna (DMO), v zahraničním dotazníku se tato odpověď objevila pouze 3x (11,5 %). Naprosto zásadní postavení mají v grafu naopak poruchy autistického spektra (PAS), které ve svých odpovědích zmínilo 15 ergoterapeutů (57,7 %). 5 (19,2 %) z odpovídajících využívá muzikoterapeutické prvky také u dětí s ADHD a 4 (15,4 %) s poruchami senzoričkého zpracování. Stejně jako v České verzi, i zde se objevily dvě nespécifikované odpovědi naznačující využívání u různých dětských diagnóz podle potřeby a individuality dětí. Dva (7,7 %) další respondenti považují za potřebné používat hudební elementy u dětí s opožděným psychomotorickým vývojem. Ostatní diagnózy byly zaznamenány pouze 1x (3,8 %). Mezi ně patří: zraková postižení, vývojové vady, kognitivní poruchy, traumatická poranění mozku, poruchy pozornosti, dyspraxie a další koordinační poruchy, porucha opozičního vzoru, poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD) a předčasně narozené děti. Zároveň zde zůstaly, stejně jako v české verzi dotazníku, dvě položky nevyplněné.

Otázka č. 9 Podle čeho posuzujete míru úspěšnosti muzikoterapie v ergoterapeutické praxi? Uveďte prosím konkrétní příklad hodnotícího prostředku (hodnotící testy, škály,..), zda-li nějaký využíváte?

Absenci hodnotících prostředků v dětské ergoterapii částečně potvrzuje i tato otázka. Z 23 ergoterapeutů, kteří v prvních otázkách uvedli, že ve své praxi muzikoterapeutické prvky v různé míře používají, odpovědělo celkem 97,5 %, že žádný specificky zaměřený a standardizovaný test na potvrzení či vyvrácení pozitivních účinků hudby nepoužívají. Přesněji řečeno, dva z nich nechali políčko opět nevyplněné, tudíž jsou zařazeni mezi ty, kteří hodnotící prostředky nevyužívají. Jeden z respondentů svoje argumenty odůvodnil takto: *„Muzikoterapii máme jako doplňkový prostředek pro zvýšení nebo snížení míry stresu, nesouvisí přímo s úspěšností v plnění terapeutických cílů, proto její úspěšnost neověřujeme hodnotícími škálami.“* I jeden další z dotazovaných odpověděl, že vnímá muzikoterapii pouze jako podpůrnou metodu, jejíž účinek není potřeba zvláště hodnotit. Dohromady, i s výše zmíněnými, 12 (52,2 %) respondentů napsalo, že hodnotící prostředky v tomto kontextu nevyužívají nebo nehodnotí. Šest dalších (26,1 %), ačkoliv standardizované testy taktéž nepoužívají, odpověděli, že efekt hodnotí subjektivně, pozorováním nebo například vyjadřováním emocí a zpětnou vazbou od dítěte. Dva další (8,7 %) odpovídající předali autorovi informace, že používají vlastní orientační testy, jelikož žádné standardizované testy hodnotící tuto problematiku neznají. Pro doplnění autor cituje jednu z těchto odpovědí: *„Testy a škály nepoužívám, ne/úspěšnost je dána mixem událostí, které se kolem dítěte dějí. Dělán pravidelná "kontrolní hodnocení", zpravidla 1x za 3 měsíce + hodnocení půlroční, které konzultuji s kolegy z interpersonálního týmu.“*

Pouze jediná odpověď obsahovala informaci, že respondent pracuje s testy sensorické integrace, konkrétně s testem hodnotícím mimo jiné i rytmus, což se dá považovat v oblasti hodnocení muzikoterapeutických prvků v ergoterapii za relevantní.

Ani v zahraničních zemích nepoužívají příliš mnoho standardizovaných prostředků k hodnocení úspěšnosti této metody. V odpovědích zaznělo 6 různých hodnotících testů. Kromě GAS Scale se každý objevil pouze jednou, což znamená, že měřitelné hodnotící prostředky používá jen 26,9 % dotazovaných. Jedná se o již zmíněný GAS (Goal Attainment Scaling), Sensory profile, COPM (Canadian Occupational Performance Measure), MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool), BBC (Brain body center) sensory

scales a Interactive Metronome. Jedna z odpovědí zněla následovně: „*Nepoužívám žádné konkrétní měřítko, kterým bych hodnotil/a využívání hudebních prvků v mých lekcích, používám GAS Scores k hodnocení míry dosažení cílů, jako jsou fyzické dovednosti, držení hlavy ve střední čáře, natažení horní končetiny a uchopení hračky nebo pro udržení pohledu a soustředění.*“

Pokud se podíváme na odpovědi z druhého konce, dvě (7,7 %) z nich zůstaly nevyplněné. Devět respondentů napsalo, že tuto oblast nehodnotí nebo dokonce neznají žádné testy, které by tuto oblast hodnotily. Ti ostatní napsali, že využívají vlastní nestandardizované hodnocení, pozorují, naslouchají a sledují dětské emoce a radost nebo se orientují podle plnění vlastních terapeutických cílů. Měřitelným faktorem také podle jednoho z dotazovaných může být, ve spojitosti s interaktivním metronomem, čas strávený nad určitým úkolem.

Otázka č. 10 Závěrem, vnímáte muzikoterapii jako nedílnou součást ergoterapie a doporučil/a byste její využití i dalším ergoterapeutům? (Ano či ne? Proč?)

Ačkoliv předchozí otázka jasně dokazuje, že většina ergoterapeutů v ČR není schopna jasně prokázat výsledky a účinnost hudby v terapii, na jejich důvěru v tuto metodu to nemá větší vliv. I zde zůstaly dvě položky nevyplněné. I přes to autor získal celkem 18 odpovědí, které potvrzují, že by muzikoterapeutické prvky měly být součástí dětské ergoterapie. Tito odpovídající také doporučili její používání dalším pracujícím v tomto oboru a napsali mnoho důvodů. Jedním z argumentů, které autor obdržel byl, že spojení s muzikoterapií prospívá hlavně díky tomu, že hudba působí na děti jako motivační a relaxační prostředek, který nabízí celou škálu využití. Někteří z dotazovaných napsali, že děti velmi dobře reagují na hudební nástroje a zvukové hračky. Jedna odpověď ale také zdůrazňuje, že je vždy potřeba brát ohled na pacientovu citlivost na hluk a volit správné nástroje. Další obhajují muzikoterapii kvůli navázání sociálního kontaktu, oblíbenosti u dětí, nebo kvůli tomu, že jejími prostředky můžeme navodit stav bdělosti, zvýšit jeho vnímavost nebo naopak snížit hladinu stresu.

Jedna odpověď přišla v tomto znění: *„Ano, vnímám zde všechny čtyři složky, které ergoterapie má mít, a to práce se složkou neuromuskulární, senzomotorickou, kognitivní a psychosociální.“* Doporučení v kontextu s vícesmyslovou stimulací zaznělo celkem 2x. Jedna odpověď se týkala také stimulace při aktivních pohybových vzorech a zapojení horních končetin. Muzikoterapeutické prvky v rámci ergoterapie doporučují i ti, kteří ji podle jejich názoru využívají pouze málo. Nakonec je třeba doplnit, že dva z respondentů uvedli, že by si rádi v tomto směru rozšiřovali své znalosti a jeden dokonce doporučil absolvování kurzu pro všechny ergoterapeuty pracující v pediatrii.

Nyní se přesuneme k těm, kteří mají na otázku odlišný názor. Jeden z respondentů považuje muzikoterapii jako oblast, kterou by se měl zabývat speciální pedagog. Jiný pro změnu upozorňoval na to, že formulace otázky není příliš vhodná, jelikož muzikoterapii vnímá spíše jako samostatný obor. S podobným argumentem, že muzikoterapie je samostatným oborem a v ergoterapii je pouze jako doplněk, se autor setkal ještě jednou, avšak v tomto případě patřil odpovídající do kategorie těch, kteří vypůjčení určitých prvků vřele doporučují.

Poslední nezmníněná odpověď se nepřiklání ani k jedné variantě. Zmiňuje, že především záleží na schopnostech terapeuta a způsobu vedení terapie, z čehož není autor schopen posoudit, zda tuto techniku považuje za vhodnou či nikoliv.

„Myslím si, že mezi různými terapeutickými profesemi existuje mnoho šedých zón. Mám pocit, že muzikoterapie sama o sobě zahrnuje velkou oblast terapeutických kompetencí a měla by zůstat ceněna jako specializovaná terapie s hodně speciálním výcvikem, zatímco z pohledu ergoterapeutů je skvělé porozumět některým oblastem hudebních a muzikoterapeutických prvků, aby byli schopni podporovat klienty se zvláštním zájmem a využít mimořádné přínosy z hudby. Vždy bych však řekl/a, že ve své intervenci používám hudbu, nikoli muzikoterapii, stejně jako některé aktivity na posílení svalů bez fyzioterapie. Hudba je skvělé médium pro intervenci a ergoterapeut z ní těží, zvláště pokud má sám o hudbu zvláštní zájem. Přesto vždy rád/a pracuji v rámci multidisciplinárního týmu a nechávám složité sítě na dobře vyškolených. Rizikem je rozložení kompetencí v rámci jedné profese. Myslím, že moje odpověď zní ano hudbě jako volitelné součásti ergoterapie, a ne muzikoterapii jako (zne)použití ergoterapeuty.“ Touto zajímavou myšlenkou původem z Nového Zélandu se přeneseme k odpovědím ze zahraničního dotazníku. Podobný názor se v dotazníku vyskytl ještě třikrát. Respondent ze Spojených států Amerických popisuje, že hudbu používá jako prostředek pro seberegulaci, motivaci a komunikaci, ale v jejich školském systému pracují specializovaní muzikoterapeuti, a proto se snaží jejich práci neduplikovat. Sečtením všech podobných odpovědí, které zdůrazňují, že muzikoterapie je samostatný obor, dosáhl autor celkového čísla 6. Z této strany šlo spíše o špatnou formulaci otázky, jelikož sám autor vnímá muzikoterapii jako samostatný obor, z kterého může ergoterapeut čerpat inspiraci pro hudbou podpořené aktivity. Navíc je potřeba doplnit, že všichni tři zahraniční respondenti, ačkoliv zdůrazňují, že muzikoterapie není jejich práce, souhlasí, že určité hudební elementy v terapii využívají a doporučují. Kromě nich si to myslí dalších 16 zahraničních ergoterapeutů. I v tomto případě se objevilo mnoho názorů, proč může být použití muzikoterapeutických prvků efektivní a jak může zapojení hudby terapeuticky zlepšovat výsledky. Podle zahraničních ergoterapeutů je hudba důležitá součást učení, pomáhá motivovat k zapojení, třeba když samotná slova k motivaci nestačí, pomáhá také regulovat emoce, udržovat koncentraci nebo díky ní můžeme zlepšovat pozornost, motoriku a komunikaci. Mimo to si také myslí, že hudba je ideální prostředek k relaxaci, ale i stimulaci k fyzické aktivitě, kterou mohou podpořit i zvukové hračky. Další z nich obdivuje

její účinky na lidský mozek. Byl také zaznamenán názor, že například děti, které mají poruchy chování kombinované s poruchou bloudivého nervu velmi dobře reagují na intervence spojené s hudbou. Dva respondenti vyzdvihli efekt hudby hlavně díky složce rytmické. Vysvětlení jednoho z dotazovaných tkví v tom, že věří v hudbu jako součást naší přirozenosti a také jako prostředek komunikace nejen s okolím, ale i s vlastním duchovním já. Lidský organismus dokáže reagovat na různé frekvence a zvuky, a to ovlivňuje například naši náladu nebo uvolnění nebo naopak zapojení do každodenních činností. Jeden z odpovídajících, ač souhlasí, napsal, že hudbu používá jen málo, jiný zdůraznil, že je potřeba vyhodnotit, zda je to pro dané dítě vhodné či nikoliv.

Pokud bychom chtěli tuto otázku zobrazit pomocí čísel, dalo by se napsat, že 76,9 % odpovídajících považuje použití hudebních prostředků, nikoliv muzikoterapie, za efektivní. 3 další ergoterapeuti (11,5 %) si myslí opak. Podle nich to není nejpoužívanější strategie nebo jim chybí vzdělání. Ostatní 3 dotazovaní svůj názor nevyjádřili.

11 DISKUZE

Se zlepšováním kvality medicíny a znalostí odborníků dospěla nejdříve zahraniční, ale současně i česká společnost ke změně přístupu v rehabilitačním procesu. Postupně se do popředí dostává princip celostní medicíny, což je také jeden z důvodů, že se stále více odborníků ze zdravotnictví zajímá o muzikoterapii. Uplatnění muzikoterapie se začíná rozšiřovat napříč zdravotnickými obory, jako je rehabilitace, neurologie, pediatrie, geriatrie i interní lékařství. Odborná společnost již uznává, že hudba může být nápomocná v procesu léčení, ale i ve zlepšování celkového stavu pacientů. (Gerlichová, 2021)

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou muzikoterapeutické prvky zastoupeny také v praxi dětských ergoterapeutů. Bylo zjištěno, že hudba má v ergoterapii u dětí poměrně časté zastoupení, ačkoliv ve většině případů pouze jako doplňkový prostředek. Řada muzikoterapeutů v ČR pracuje na tom, aby muzikoterapie fungovala jako samostatný terapeutický obor a je proto otázkou, do jaké míry jsou hudební kompetence v rukou ergoterapeutů a v jakém momentě přenechat práci kvalifikovanějším odborníkům. Z pohledu autora této práce tato záležitost patrně nejvíce odlišuje ergoterapeuty v ČR a v zahraničí. Výsledky sbírané od těchto dvou sledovaných souborů nebyly v celkovém měřítku výrazně odlišné, avšak procentuální rozdíl v používání muzikoterapeutických prvků v ergoterapii hraje ve prospěch naší republiky. Jak již bylo popsáno během teoretického úvodu, muzikoterapie má v mnoha zahraničních zemích mnohem lepší postavení než v ČR, což by odpovídalo tomu, že zahraniční ergoterapeuti přenechávají s hudbou spojené pravomoci ve větší míře muzikoterapeutům. Z toho ovšem nelze vyvozovat objektivní názory, jelikož by byla potřeba získat mnohem početnější výzkumný vzorek. Ze stejného důvodu také není možné výsledky vztahovat k jednotlivým zemím, ačkoliv to autor orientačně znázorňuje v tabulce 4.

Bohužel, v České republice se až na ojedinělé výjimky kvalifikačních prací nesetkáme s výzkumem, který by řešil využití muzikoterapeutických prvků v ergoterapii. Lze však zaznamenat některé poznatky z praxe. Muzikoterapeutická asociace České republiky ve spolupráci s Klinikou rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK pořádala v roce 2014 u příležitosti Evropského dne muzikoterapie mezinárodní konferenci s názvem „Muzikoterapie ve zdravotnictví, současný výzkum a praxe“. Mezi přednášejícími byla i Mgr. Jaromíra Uhlířová, která v rámci svého příspěvku přiblížila pohled na muzikoterapii očima ergoterapeuta. Podle jejích slov má muzikoterapie s ergoterapií mnoho společného.

Ergoterapie je profese, jejímž hlavním zájmem je lidská aktivita nebo obecně činnosti spojené s běžným životem. Jednou z těchto přirozených lidských aktivit, které nás provází celým životem, je právě hudba. Zmínila také, že pro mnoho osob s poraněním či postižením může být hudba profesí či volnočasovou aktivitou, a proto se ergoterapeuti snaží vnímat její význam v životě člověka. Kromě toho může být v terapiích využitelná ke zpříjemnění či zpestření činností, navození relaxace, pokud má pacient obavy, bolesti nebo vztek, ale také k navázání terapeutického vztahu, komunikaci, motivaci pro spolupráci nebo k nenásilnému ohraničení délky aktivity. Jelikož jsou oblasti působení ergoterapeutů poměrně široké, existuje řada způsobů, jak hudbu do terapie zakomponovat. Prostřednictvím hry na nástroj lze trénovat přesnost pohybů, sílu, tempo či souhru končetin a ostatních částí těla. Výhodou je také to, že pacient ihned slyší zpětnou vazbu a může pozorovat, jak se jeho výkon zlepšuje. Současně také hrou na hudební nástroj automatizujeme vykonávané pohyby. Mimo to můžeme různými muzikoterapeutickými prvky působit na kognitivní, fatické, psychosociální i senzorické funkce. (Uhlířová, 2014)

Jeden z nejstarších dohledaných výzkumů na podobné téma, ačkoliv není zaměřen na dětskou populaci, pochází z od autora Sibley z roku 1995. Studie probíhala v rámci kvalifikační práce na newyorské univerzitě D'Youville. Dotazník obsahující 26 otázek zjišťujících, jak je hudba využívána v praxi ergoterapeutů, byl rozeslán celkem 200 osobám napříč světem. Při 77 % návratnosti odpovědí se zjistilo, že 54 % z odpovídajících hudbu ve své stávající praxi využívá. Všichni z nich odpověděli, že po terapeutickém použití hudby sledují pozitivní výsledky. V době výzkumu však existovalo jen velmi málo vzdělávacích materiálů o hudbě spojené s ergoterapeutickou praxí. Z této studie pouze polovina praktikujících získala nějaké formální instrukce o terapeutických přínosech. (Sibley, 1995) Ještě pár let před tímto výzkumem uznalo několik ergoterapeutů praktikujících hudební aktivity, že evidence based practice, zaměřující se na hudbu v ergoterapii, je velmi limitující. (MacRae, 1992) V následujících letech se zase objevilo tvrzení, že používání hudby v ergoterapii omezuje právě nedostatečný výzkum. (Adenwalla, 1999; Castrinikas, 2004)

Navzdory tomu, že se hudba v klinické praxi využívá stále více, ani dnes neexistuje dostatek výzkumů a systematické analýzy výsledků o aplikaci hudby v ergoterapii. I přesto, že existují důkazy potvrzující účinnost muzikoterapie, někteří autoři se domnívají, že neuspokojivý nebo malý účinek hudebních ergoterapeutických intervencí může být způsoben i tím, že se stále nepoužívá v dostatečné míře. (Raglio et al., 2020)

Vlivem hudby na člověka ve zdravotnické péči, a především v dětském věku, se už řadu let zabývá mnoho studií. Například na Kalifornské univerzitě testovali, zda jsou děti v nemocnici díky terapii hrou a muzikoterapii během hospitalizace šťastnější. Šedesát dětí bylo sledováno během těchto dvou aktivit a operativně hodnoceno frekvencí úsměvů za 3 minuty. Výsledky ukázaly, že hudba je správnou cestou pro zlepšení pohody hospitalizovaných dětí, jelikož muzikoterapie vedla děti k významně většímu počtu úsměvů než terapie hrou. (Hendon & Bohon, 2007) Po porovnání dosavadních výzkumů dospěli Stegemann et al. (2019) k závěru, že existuje stále více důkazů o prospěšných účincích muzikoterapie, hudební medicíny a dalších intervencí založených na hudbě pro děti a dospívající, i když je stále zapotřebí důslednějšího výzkumu.

Tato bakalářská práce směřovala především k tomu, co lze z těchto poznatků prakticky využít v rámci dětské ergoterapie a také, zda může využití hudebních prvků pozitivně ovlivňovat průběh terapie.

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem lze muzikoterapii aplikovat v rámci všedních denních činností?

Téměř většina ergoterapeutů, kteří muzikoterapeutické prvky v praxi používají si myslí, že má hudba v nácviku ADLs svou roli. Způsobů, jak hudbu v rámci této intervence zakomponovat je podle jejich odpovědí celé řada. Některé z nich se opakují, doplňují nebo se objevují zcela ojediněle, ačkoliv jejich potvrzení je limitované kvůli nedostatečnému výzkumu. Mnohem častěji, než při samotném nácviku běžných denních aktivit je hudba považována jako motivační prostředek, odměna nebo nástroj pro trénink jednotlivých funkcí, které jsou následně využívány při ADLs. Přímé propojení s aktivitou běžného života je možné, pokud má hudba funkci navádět při aktivitě, ohraničovat její délku nebo je běžným předmětům přidán zvukový efekt.

Ačkoliv byla zjištěna absence výzkumů směřujících k této problematice, v souvislosti s dětmi s kombinovaným postižením existuje studie (Fillmore, 2010), která je konkrétně zaměřena na děti s poruchami autistického spektra. Jejím cílem bylo zjistit, jaký má hudební intervence, konkrétně využití direktivních písní (ukázka viz příloha 3) zaměřených na péči o sebe, účinek na provedení třech sebeobslužných činností: oblékání bundy, mytí rukou a jezení příborem „spork“ (z angl. spoon + fork = jídelní náčiní ve tvaru lžice s krátkými hroty na špičce). Prostřednictvím vizuálních analýz byly pozorovány pozitivní změny v mytí

rukou a jedení se sporkem, zatímco negativní změny byly pozorovány při oblékání bundy, ačkoliv jasný vzorec změny byl viditelný pouze u 1 z 18 cílových chování během intervence. (Fillmore, 2010)

Vliv hudebních intervencí byl zkoumán také na skupině pacientů s demencí. Výsledky studie prokázaly, že fyzické cvičení s hudebním doprovodem má na udržení schopnosti provádět ADLs mnohem lepší vliv než kognitivní trénink. (Satoh et al., 2016)

Craig (2008) ve svém článku popsal celkem tři způsoby, jak lze aplikovat hudbu v ergoterapii.

1. Hudbou podporované zaměstnávání – použití hudby k řešení omezení vyskytujících se při výkonu zaměstnání (ovlivňování výkonu a dosahování lepších výsledků)
2. Hudba jako zaměstnávání – hudební činnosti jsou novým zaměstnáváním, při kterém jsou čerpány výhody přímo ze smysluplné aktivity
3. Hudba jako příprava na zaměstnávání – použití hudby před zahájením zaměstnávání pro ovlivnění výkonnostních dovedností nebo tělesných funkcí

Výzkumná otázka č. 2: Na základě jakých zkušeností aplikují ergoterapeuti ve své praxi muzikoterapeutické prvky?

Nejčastěji respondenti odpovídali, že hlavním zdrojem získávání informací je samostudium. Jen 6 (12,2 %) z celkových 49 odpovídajících absolvovalo muzikoterapeutický kurz, a to v poměru 3:3 v rámci ČR a zahraničních zemí. Pouze ojediněle se pak objevila odpověď, která zmiňovala studium muzikoterapie na VŠ nebo supervize od muzikoterapeuta, což vypovídá, že většina z těch, kteří muzikoterapeutické prvky aplikují, neabsolvovala žádné specifické vzdělání zaměřené na muzikoterapeutické metody.

Stegemann et al. (2019) upozorňují na to, že pro optimální využití potenciálu muzikoterapie je zásadní specializované akademické a klinické školení a pečlivý výběr intervenčních technik, které odpovídají potřebám klienta.

Craig (2008) zdůrazňoval, že vzhledem k využívání hudby v ergoterapii by další výzkum a osvěta na toto téma zvýšily nejen prevalenci jejího používání v ergoterapii, ale i její účinnost. Zároveň se odkazoval na výzkumy jiných autorů, kteří před více než 25 lety zjistili, že se hudba v ergoterapii používá již mnoho let, ačkoliv většina z těch, kteří tuto

podpůrnou techniku využívají, nepodstoupila potřebné vzdělání ani neprovádí žádný výzkum. (MacRae, 1992; Sibley, 1995)

Jak již bylo zmíněno, nedostatek materiálů a výzkumu potvrzuje i v současnosti Raglio et al. (2020) Ačkoliv je v několika studiích (Chong et al., 2014; Villeneuve et al., 2014; Pohl et al., 2013; Lim et al., 2011) ergoterapeut do hudebních intervencí zapojen samostatně nebo s podporou muzikoterapeuta, ne vždy je v praxi možné s muzikoterapeutem spolupracovat. V důsledku toho je potřeba, aby ergoterapeut, který chce hudbu v praxi aplikovat, absolvoval specifický výcvik v některých muzikoterapeutických technikách založených na teoretických znalostech obou aspektů a hudební kompetence, což je velmi důležité k tomu, aby byla hudba v rehabilitaci využívána prospěšně. V tomto inovativním scénáři by ergoterapie mohla získat prospěch z implementace specifických muzikoterapeutických vzdělávacích programů založených na navazujícím vzdělávání poskytovaném muzikoterapeuty, což by umožnilo ergoterapeutům vhodněji využívat hudbu jako pomocnou metodu. (Raglio et al., 2020)

Konkrétně by se vzdělávání mělo orientovat na čtyři oblasti:

1. Použití hudby v neuromotorické rehabilitaci – intervence zaměřující se na podporu pohybu a v případě použití hudebních nástrojů pro zlepšení jemné a hrubé motoriky
2. Sonifikační techniky – prostřednictvím pohybů mapovaných senzorem a odpovídajícím zvukům je možné poskytnout zpětnou vazbu na cvičení, což usnadňuje integraci mezi sluchovým a senzomotorickým systémem
3. Používání hudebních nástrojů – improvizální techniky nebo řízená cvičení, která by mohla podpořit vyjadřování, komunikaci, redukovat poruchy chování a také stimulovat a zlepšovat kognitivní funkce
4. Individuální poslech hudby – přizpůsobený výběr hudebních skladeb pouštěný v různých úsecích péče o pacienta, což by mohlo zlepšit psychologické symptomy a motivovat (Raglio et al., 2020)

Výzkumná otázka č. 3: Používají se v praxi vhodné hodnotící prostředky, které dokazují nebo vyvracejí účinnost využití muzikoterapeutických prvků v rámci ergoterapie?

Z odpovědí na otázku v dotazníku je zcela patrné, že ergoterapeuti v České republice nepracují se standardizovanými hodnotícími prostředky, které by dokázaly objektivně posoudit míru úspěšnosti muzikoterapeutických prvků v rámci ergoterapie u dětí. Situace v zahraničí je nepatrně lepší. V zahraniční verzi dotazníku se mezi hodnotícími testy objevily například COPM (Canadian Occupational Performance Measure) a GAS (Goal Attainment Scaling). Oba z nich byly využity k hodnocení účinnosti společných intervencí ergoterapeutů a muzikoterapeutů u dětí se získaným poraněním mozku. (Twyford a Watters, 2016) Jedna z dalších odpovědí poukázala na hodnocení pomocí Interactive Metronome, což byla pro autora této práce doposud neznámá metoda. Podle oficiální internetové stránky jde nejen o hodnotící, ale i tréninkový multisenzorický program podložený výzkumem. Díky tomu, že počítač generuje přesný rytmus a poskytuje vizuální a sluchovou zpětnou vazbu, pomáhá ke zlepšení načasování, rytmických pohybů i koordinace. Tento softwarový program není bohužel volně přístupný a je nutný speciální trénink. (Interactive Metronome®, 2016) V rámci případové studie u dvou chlapců s ADHD bylo použitím interaktivního metronomu prokázáno zlepšení v motorické kontrole, koordinaci a načasování. (Young et al., 2015) Zlepšení bylo znatelné i při sledování dětí s kombinovanou motorickou a kognitivní poruchou, které byly hodnoceny pomocí Interactive Metronome Long Form Assessment, Jebsen Taylor testu na funkci ruky a dotazníku pro rodiče. (Shank & Harro, 2015) V získání dalších potřebných důkazů o používání BBC (Brain body center) sensory scale, MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) a Sensory profile v souvislosti s hudbou byl limitující nedostatek výzkumů na toto téma.

Je však potřeba zdůraznit, že z dotazníkového šetření je patrné, že většina ergoterapeutů používá muzikoterapeutické techniky jako podpůrnou metodu například k motivaci, navázání kontaktu nebo ke komunikaci. Řada z nich si proto myslí, že účinnost hudby není potřeba nijak hodnotit, jelikož hudbě důvěřují díky pozitivní zpětné vazbě dětí.

Výzkumná otázka č. 4: Při jakých intervencích a u jakých diagnóz se v rehabilitaci dětí s kombinovaným postižením muzikoterapeutické prvky nejčastěji využívají?

V České republice byla nejčastější (47,8 %) diagnózou pro muzikoterapeutickou intervenci dětská mozková obrna. Marrades-Caballero et al. provedli v roce 2018 výzkum zaměřený na neurologické využití muzikoterapie v rehabilitaci horních končetin u dětí s těžkou bilaterální dětskou mozkovou obrnou. Výsledky měřené pomocí Chailey Levels of Ability ukázaly, že skupina 18 dětí, která absolvovala kromě fyzioterapie také muzikoterapii vykazovala zlepšení v položce „poloha paží a rukou“ a „aktivity“. Toto zlepšení přetrvávalo 4 měsíce, na rozdíl od kontrolní skupiny (9 dětí), ve které za 4 měsíce fyzioterapeutických intervencí nedošlo k výraznému zlepšení.

Další studie zaměřená na horní končetiny sledovala zlepšení funkce horních končetin pomocí instrumentálního hudebního tréninku na klavír u adolescentů s dětskou mozkovou obrnou. Výzkum probíhal mezi lety 2018 a 2020. Po dobu tří měsíců byla sledovaná skupina před i po každé terapii testována pomocí řady testů, konkrétně MACS, Box and Block Test, devítikolíkový test a dynamometr Jamar. Síla stisku kláves v prstech byla vyhodnocena pomocí programu Cubase MIDI. Všechna měření provedená po intervenci byla shledána jako statisticky významná ve srovnání s měřeními provedenými před tréninkem na klavír. (Karatekin & Icagasioglu, 2021)

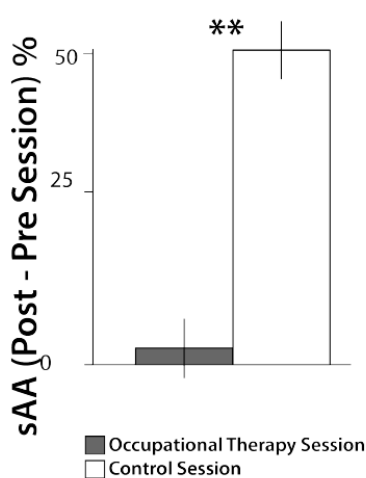
Více než polovina (57,7 %) dotazovaných zahraničních ergoterapeutů má muzikoterapeutické techniky spojené s poruchami autistického spektra. V rámci poměrně aktuální rešerše bylo zjištěno, že nejkvalitnější důkazy o pozitivních účincích muzikoterapie jsou k dispozici právě v oblasti poruch autistického spektra a novorozenecké péče. (Stegemann et al., 2019) Výsledky metaanalýzy z roku 2016 ukázaly, že muzikoterapie u dětí s autismem zlepšuje náladu, chování, smyslové vnímání a sociální dovednosti. (Shi et al., 2016)

Souvislosti mezi muzikoterapií a autismem zkoumala i jedna rešeršní studie v ČR. Analýzou výzkumů došla autorka k závěru, že muzikoterapie prokazatelně působí na oblast sociální interakce, komunikace, podporuje oční kontakt, pozornost a mírní problematické chování. (Vlachová, 2016) Woodman et al. (2018) pracovali s myšlenkou, že děti s poruchou autistického spektra jsou ohroženy obezitou, běžně mají poruchy spánku a vykazují stereotypní chování, které narušuje jejich učení. Bylo prokázáno, že intenzivní cvičení zlepšuje tyto problémy u dětí s PAS, ale existuje jen málo výzkumů, které by poskytl

techniky, jak děti s PAS motivovat ke cvičení. Jejich studie k velkému překvapení prokázala, že nejlepší účinky na intenzitu fyzické aktivity má pomalá hudba.

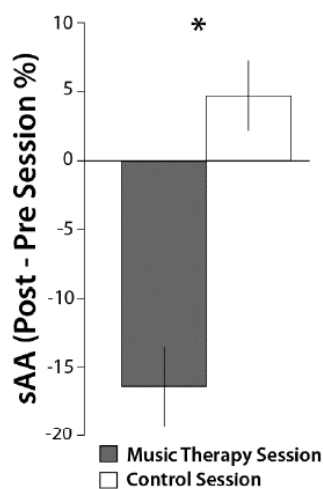
Journal of Intellectual Disability Research zveřejnil v roce 2017 výsledky výzkumu, při kterém Poquérusse et al. (2017) pozorovali, jak sezení skládající se z ergoterapie nebo muzikoterapie moduluje hladiny slinné α -amylázy (sAA). Ta se prokázala jako časově a nákladově efektivní ukazatel stresu u jedinců s mentálním postižením a poruchou autistického spektra. Hladiny sAA byly v obou skupinách porovnávány před a po terapeutickém a následně i kontrolním sezení. Ve srovnání s kontrolními sezeními ergoterapie ztlumila vzestup hodnoty sAA, zatímco muzikoterapie dokonce významně snížila výchozí hladiny sAA. Nicméně v obou případech byla zdůrazňována schopnost obou typů terapií snižovat stres a přispívat ke zlepšení celkové pohody. (Poquérusse et al., 2017) Z tohoto pohledu by mohlo propojení ergoterapie s hudbou vést ještě k lepším výsledkům.

Obrázek 6



Zdroj: Poquérusse et al. (2017)

Obrázek 7



Zdroj: Poquérusse et al. (2017)

Obrázek 6: Změny v koncentraci sAA v reakci na muzikoterapeutické sezení u jedinců s PAS

Obrázek 7: Změny v koncentraci sAA v reakci na ergoterapeutické sezení u jedinců s mentálním postižením

V souvislosti s hudební intervencí byla nejvíce spojována senzoričká integrace, a to v obou verzích dotazníku. Podstatné zastoupení měla současně i relaxace, neverbální komunikace, kterou v obou případech zmínila nadpoloviční většina. O propojení všech tří složek, tedy hudby (muzikoterapie), senzoričké integrace a ergoterapie nebyla nalezena žádná studie. Úplně první studie, která pomocí EEG měřila vliv muzikoterapie na smyslové zpracování, naznačila nepatrné zlepšení po muzikoterapeutických intervencích u dětí s PAS. Vzhledem k absenci kontrolní skupiny však nelze dokázat, zda toto zlepšení souviselo s muzikoterapií či nikoliv. (Laggase et al., 2019) Lze také považovat za prospěšnou informaci, že rešeršní studie z roku 2019 (Simhon et. al., 2019) porovnávala všechny výzkumy proběhlé mezi 1985 a 2017, které se zabývaly souvislostí mezi hudbou a smyslovým zpracováním. Rozborem těchto studií bylo prokázáno, že terapie s hudebním laděním jsou pro děti s poruchami senzoričkého zpracování velmi vhodné, jelikož ovlivňují plasticitu smyslového vnímání. (Simhon et al., 2019) Díky proběhlým studiím lze také potvrdit účinek hudby jako doplňkové metody pro navázání komunikace a relaxovaného stavu například u dětí s PAS. (Ramezani & Helm, 2021) Vliv hudby na relaxaci a současně na bolest a stres studovali také při ergoterapii na akutní lůžkové rehabilitaci v Miami. Při fyzických aktivitách doprovázených hudbou bylo znatelně snižené vnímání bolesti oproti terapiím bez hudby. (Lee et al., 2013)

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce zkoumala využití muzikoterapeutických prvků v rámci dětské ergoterapie, především u dětí s kombinovaným postižením s cílem zjistit, zda a jakým způsobem jsou hudební prostředky terapeuticky aplikovány při intervencích u dětí s kombinovaným postižením a jaký má toto propojení s hudbou pro ergoterapii přínos. Hlavním důvodem pro její vypracování byly limitující zdroje spojené s nedostatečným průzkumem této oblasti především v České republice, ale do jisté míry i v zahraničí, kde je však situace s výzkumem o poznání lepší.

V rámci teoretické části byly vysvětleny základní pojmy: kombinované postižení, muzikoterapie a ergoterapie. Praktická část zahrnuje podrobnou analýzu jednotlivých odpovědí respondentů v rámci dotazníkového šetření. Pomocí výsledků z dotazníku se autorovi této práce podařilo zhodnotit všechny čtyři stanovené výzkumné otázky a splnit hlavní cíl práce.

Výsledky poukazují na to, že určité složky muzikoterapie jsou poměrně běžnou pomocnou metodou v ergoterapeutické praxi, přičemž až na výjimky reagují děti na hudbu pozitivně a její použití přináší mnohé výhody, které však z důvodu absence hodnotících prostředků, především v ČR, nelze účelně potvrdit. Většina z těch, kteří hudbu v rámci ergoterapie aplikují, souhlasí s tím, že hudba má v dětské ergoterapii podstatné zastoupení a doporučují její použití i ostatním ergoterapeutům. Pokud by se do budoucna hudební elementy spojovaly s ergoterapií častěji, byla by potřeba rozšiřování možností vzdělávání a prohlubování vědomostí tak, aby byla hudba vhodně používána a vyhodnocována.

Tato práce může posloužit jako inspirace pro další ergoterapeuty věnující se pediatrickým pacientům, ale i starším věkovým skupinám. Praktická část nabízí mnoho poznatků od těch, kteří mají s využíváním hudby a jejími účinky vlastní zkušenosti, což by mohlo posloužit nejen jako podnět pro zařazení hudby do využívaných ergoterapeutických metod, ale také pro další vzdělávání a výzkum. Další zpracování by si zasloužila především hudba v souvislosti s aktivitami běžného denního života, jelikož studií na toto téma je opravdu velký nedostatek a jednotliví ergoterapeuti mají mnoho nápadů, které však nelze nijak podložit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

American Music Therapy Association (AMTA). What is Music Therapy? In: *American Music Therapy Association*. [online]. 2005. © 1998-2022. [cit. 15.1.2022]. Dostupné z: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>.

Asociace senzoričké integrace. (ASI). Co je senzoričká integrace. In: *Asociace senzoričké integrace*. [online]. 2020. [cit. 1.3.2022]. Dostupné z: <https://senzoričkaintegrace.com/senzorička-integrace/co-je-si/>.

WOODMAN, Ashley C., BREVIGLIA, Emily, MORI, Yumiko, GOLDEN, Rebecca, MAINA, John a WISNIEWSKI, Hannah. The Effect of Music on Exercise Intensity among Children with Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. *Journal of Clinical Medicine*. [online]. MDPI, 2018, 7(3), 38. [cit. 23.03.2022]. ISSN: 2077-0383. DOI: 10.3390/jcm7030038.

AYRES, Anna Jean. *Sensory integration and the child. Understanding hidden sensory challenges*. 25th Anniversary Edition. Los Angeles, California: Western Psychological Services, 2005. 211 s. ISBN 978-0-87424-437-3.

BAKER, Felicity a TAMPLIN, Jeanette. *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation. A Clinician's Manual*. 1. vydání. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006. ISBN 978-1-84310-412-4.

BENDO VÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2015. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.

BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a edukace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. 248 s. ISBN 978-80-271-4238-0.

BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 160 s. ISBN 978-80-247-3520-7.

BRUSCIA, Kenneth E. *Defining Music Therapy*. 2. vydání. Barcelona: Pathway Book Service, 1998. 300 s. ISBN 978-1891278075.

CRAIG, Daniel G. An Overview of Evidence-Based Support for the Therapeutic Use of Music in Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Health Care*. [online]. Informa Healthcare, 2008, 22(1), 73-95. [cit. 19.3.2022]. ISSN: 1541-3098. DOI: 10.1300/J003v22n01_06.

Česká asociace ergoterapeutů (ČAE). Co je ergoterapie. In: *Česká asociace ergoterapeutů*. [online]. 2008. © 2008–2022. [cit. 25.2.2022]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

CHONG, Hyun Ju, HAN, Jeong Soo, KIM, Yong-Jae, PARK, Hye Young, KIM, Soo Ji. Relationship between output from MIDI-keyboard playing and hand function assessments on affected hand after stroke. *NeuroRehabilitation*. IOS Press, 2014, 35(4), 673-80. ISSN: 1878-6448 DOI: 10.3233/NRE-141166.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava a KANTOR, Jiří. *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 111 s. ISBN 978-80-244-3682-1.

FILLMORE, Alison. *Effect of Music Intervention on Independence in Activities of Daily Living for Children with an Autism Spectrum Disorder*. Washington, 2010. Diplomová práce. University of Puget Sound.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi*. Příběhy muzikoterapeutických cest. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. 168 s. ISBN 978-80-271-1791-8.

GERLICOVÁ, Markéta. O muzikoterapii. In: *Muzikoterapie Markéta Gerlichová*. [online]. 2013. © 2022. [cit. 26. 02. 2022]. Dostupné z: https://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=15.

HADRABA, Ivan. Úchop v protetice. *Ortopedická protetika*. [online]. 1999, 5. [cit. 11.1.2021]. Dostupný z: <http://www.ortotikaprotetika.cz/oldweb/Wc2bfee47eea.htm>.

HENDON, Catherine & BOHON, Lisa. M. Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. *Child Care Health and Development*. [online]. California: Wiley, 2007, 34(2) 141-144. [cit. 23.03.2022]. ISSN 1365-2214. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2007.00746.x.

JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.

KANTOR, Jiří, DRLÍČKOVÁ, Svatava, FRIEDLOVÁ, Martina, CHRASTINA, Jan, KOUCUN, Jan, KRUŽÍKOVÁ, Lenka, LUDÍKOVÁ, Libuše a WEBER, Jana. *Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením*. Výzkumy, teorie a jejich využití v edukaci a terapiích. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 228 s. ISBN 978-80-244-4358-4.

KANTOR, Jiří, CHRÁSTKA, Miroslav, DRLÍČKOVÁ, Svatava, KOCOUN, Jan, PETROVÁ, Nad'a, LIPSKÝ, Matěj, LIŠTIAKOVÁ, Ivana a VAŠIČÁKOVÁ OČENÁŠOVÁ, Zuzana. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 462 s. ISBN 978-80-244-5124-4.

KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana, PROCHÁZKA, Tomáš, GROCHALOVÁ, Katarína. *Základy muzikoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KARATEKIN, Bilinc Dogruoz & ICAGASIOGLU, Afitap. The effect of therapeutic instrumental music performance method on upper extremity functions in adolescent cerebral palsy. *Acta Neurologica Belgica*. [online]. Belgium, Belgian Neurological Society, 2021, 121(5), 1179–1189. [cit. 17. 03. 2022]. DOI: 10.1007/s13760-021-01618-0.

KELNEROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva a VOJKOVSKÁ, Gabriela. *Speciální pedagogika pro zdravotnické obory*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-273-2.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 26 s. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOOMAR, Jane, KRANOWITZ, Carol, SZKLUT, Stacey, BALZER-MARTIN, Lynn. *Answers to Questions Teachers Ask about Sensory Integration*. Forms, Checklists, and Practical Tools for Teachers and Parents. Texas: Future Horizons, 2007. 3. vydání. 63 s. ISBN 978-1-932565-46-1.

KOVÁČOVÁ, Barbora. *Ergoterapia v ranom a predškolskom veku*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2014. 132 s. ISBN 978-80-223-3737-3.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LAGASSE, Blythe, MANNING, Rachel C. B., CRASTA, Jewel, DAVIES, Patricia L. a GAVIN, William J. Assessing the Impact of Music Therapy on Sensory Gating and Attention in Children With Autism: A Pilot and Feasibility Study. *Journal of Music Therapy*. 2019, 56(5), 287-314. ISSN: 0022-2917. DOI: 10.1093/jmt/thz008.

LEE, Henry K., AHMAD, Usman F., DALAL, Kevin, ROMANNIKOV, Vladimír a FELIX, Elizabeth. A Pilot Study of the Impact of Music on Self-Report Ratings of Pain, Anxiety, Stress, Relaxation, Mood, and Exertion During Physical or Occupational Therapy Sessions. *PM&R*. Elsevier, 2013, 5(9), 158. ISSN: 1934-1563. DOI: 10.1016/j.pmrj.2013.08.081.

LIM, Hayoung A., MILLER, Karen. a FABIAN, Chuck. The effects of therapeutic instrumental music performance on endurance level, self-perceived fatigue level, and self-perceived exertion of inpatients in physical rehabilitation. *Journal of Music Therapy*. 2011, 48(2), 124-148. ISSN: 0022-2917. DOI: 10.1093/jmt/48.2.124.

LIPSKÝ, Matěj. Muzikoterapie a psychoterapie. In: *Muzikoterapie*. [online]. 2009. © 2007-2011. [cit. 24. 02. 2022]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/lipsky-m-2009-muzikoterapie-a-psychoterapie>.

LORD, Catherine & MCGEE, James P. Editors. *Educating Children with Autism*. Washington: National Academies Press, 2001. 324 p. ISBN 978-0-309-13292-3.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Studio Nakladatelství Olomouc, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

MARRADES-CABALLERO, Eugenio, SANTONJA-MEDINA, Clara S., SANZ-MENGIBAR, Jose M. a SANTONJA-MEDINA, Fernando. Neurologic music therapy in upper-limb rehabilitation in children with severe bilateral cerebral palsy: a randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. [online]. Torino, Edizioni Minerva Medica, 2018, 54(6) 866-872. [cit. 17. 03. 2022]. ISSN: 1973-9095. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.04996-1.

MÁTEJOVÁ, Zlatica a MAŠURA, Silvester. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992. 202 s. ISBN 80-08-00315-4.

MATSON, Johnny L & STURMEY, Peter. *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Autism and Child Psychopathology Series. Springer: New York, 2011. ISBN 978-1-4419-8064-9.

Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA). Co je to muzikoterapie. In: *Muzikoterapeutická asociace České republiky*. [online]. 2015. [cit. 15.1.2022]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie/co-je-to-muzikoterapie>.

MŠMT. Charakteristika postižení více vadami. *Věstník MŠMT ČR č.8/1997*, č.j. 25602/97-22. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/>

O'BRIEN, Jane Clifford & KUHANECK, Heather. *Occupational Therapy for Children and Adolescents*. 8. vydání. St. Louis: Elsevier Inc., 2019. ISBN 978-0-323-51263-3.

O'BRIEN, Jane Clifford. *Introduction to Occupational Therapy*. 5. vydání. St. Louis: Elsevier Inc., 2018. ISBN 9780323444484.

OPATRÍLOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. dotisk 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 146 s. ISBN 978-80-210-3819-6.

OPATRÍLOVÁ, Dagmar. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*. 1. dotisk 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 186 s. ISBN 978-80-210-6221-4.

ORELOVE, Fred & SOBSEY, Richard. *Educating children with multiple disabilities. A transdisciplinary approach*. Baltimore: P.H. Brookes Pub. Co., 1996. 494 s. ISBN 978-1557662460.

PETERS, J. S. *Introduction to music therapy*. 2. vydání. Illinois: Charles Thomas Publisher, 2000. 474 s. ISBN 0-398-07043-1.

PILNÝ, Jaroslav; SLODIČKA, Roman et al. *Chirurgie ruky*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 504 s. ISBN 978-80-271-0180-1.

POLÁKOVÁ, Petra. *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly*. Pozorné a spokojené dítě. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019. 176 s. ISBN 978-80-271-0760-5.

POQUÉRUSSE, Jessie, AZHARI, Nur Atiqah, PEIPEI, Setoh, CAINELLI, Stefano, RIPOLI, C., VENUTI, Paola a ESPOSITO, Gianluca. Salivary α -amylase as a marker of stress reduction in individuals with intellectual disability and autism in response to occupational and music therapy: Salivary alpha-amylase and stress reduction. *Journal of Intellectual Disability Research*. [online]. Wiley, 2017, 62(2), 156-163. [cit. 19. 03. 2022] ISSN: 1365-2788. DOI: 10.1111/jir.12453.

RAGLIO, Alfredo, GIAMBELLUCA, Eliana, BALIA, Giulia, IMBRIANI, Chiara, SMITH MYLES, Brenda, TAPSCOTT COOK, Catherine, RINNER, Louann, ROBBINS, Lisa A. a MILLER, Nancy E. *Asperger Syndrome and Sensory Issues*. Practical Solutions for Making Sense of the World. Kansas: Autism Asperger Publishing Co., 2001. 129 p. ISBN 9780967251486.

HELM, Atiyeh Sadat Hasani & RAMEZANI, Mahdi. The effect of music therapy on children with autism as a therapeutic intervention. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. [online]. 2021, 15(6), 1732-1735. [cit. 18. 03. 2022]. ISSN: 1996-7195. DOI: 10.53350/pjmhs211561732.

PANIGAZZI, Monica. *Music as support to Occupational Therapy*. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro Ed Ergonomia. [online]. Pavia: PI-ME Editrice, 2020, 42(2), 133-136. [cit. 19. 03. 2022]. ISSN 1592-7830. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/342664010 Music as support to Occupational Therapy](https://www.researchgate.net/publication/342664010_Music_as_support_to_Occupational_Therapy).

POHL, Petra., DIZDAR, Nil., a HALLERT, Eva. The Ronnie Gardiner Rhythm and Music Method – a feasibility study in Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*. [online]. Informa Healthcare, 2013, 35(26), 2197-2204. [cit. 18. 03. 2022] ISSN 0963-8288. DOI: 10.3109/09638288.2013.774060.

SAPRESTON, Bruce, WEST, Robert a WIGRAM, Tony. The Art and Science of Music Therapy: A Handbook. 4. vydání. Amsterdam: Hardwood Academic Publishers, 2000. 483 s. ISBN 978-3718656356.

SATOH, Masayuki, OGAWA, Jun-ichi, TOKITA, Tomoko, NAKAGUCHI, Noriko, NAKAO, Koji, KIDA, Hirota a TOMIMATO Hidekazu. Physical Exercise with Music Maintains Activities of Daily Living in Patients with Dementia: Mihama-Kiho Project Part 2. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*. [online]. 2017, 57(1), 1-11. [cit. 23.03.2022]. ISSN: 1875-8908. DOI: 10.3233/JAD-161217.

SHANK, Tracy M. & HARRO, Wendy A. A Retrospective Outcomes Study Examining the Effect of Interactive Metronome on Hand Function. *Journal of Hand Therapy*. [online]. 2015, 28(4), 396-401. [cit. 23.03.2022]. ISSN: 0894-1130. DOI: 10.1016/j.jht.2015.06.003.

SHI, Zhi-Min, LIN, Gui-Hong a XIE, Qing. Effects of music therapy on mood, language, behavior, and social skills in children with autism: a meta-analysis. *Chinese Nursing Research*. [online]. 2016, 3(3), 137-141. [cit. 23.03.2022]. ISSN: 2095-7718. DOI: 10.1016/j.cnre.2016.06.018.

SIBLEY, Heather A. *Therapeutic use of music within occupational therapy*. Buffalo, New York, 1995. Diplomová práce. D'youville College, Buffalo, NY.

SIMHON, Vered, ELEFANT, Cochavit a ORKIBI, Hod. Associations between music and sensory system: An integrative review for child therapy. *The Arts in Psychotherapy*. [online]. Elsevier, 2019, 64, 26-33. [cit. 24.03.2022]. ISSN: 0197-4556. DOI: 10.1016/j.aip.2018.11.005.

SOVÁK, Miloš et al. *Defektologický slovník*. 2. upravené vydání. Praha, SPN, 1984. 475 s. Edice: Knižnice speciální pedagogiky. ISBN neuvedeno.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vydání. Praha: SPN, 1986. 231 s. ISBN neuvedeno.

STEGEMANN, Thomas, GERETSEGGER, Monica, QUOC, Eva Phan, RIEDL Hannah a SMETANA, Monika. Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview. *Medicines (Basel)*. [online]. 2019, 6(1), 25. [cit. 23.03.2022]. DOI: 10.3390/medicines6010025.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 4. vydání. Praha: Portál, 2011. 248 s. ISBN 978-80-7367-928-6.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-176-0.

THAUT, Michael T. a HOEMBERG, Volker. *Handbook of Neurologic Music Therapy*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 2014. ISBN 978-0-19-969546-1.

THORSON, Sydney. What Do Pediatric Occupational Therapists Do? In: *The OT Toolbox*. [online]. 20. 1. 2021. [cit. 16.2.2022]. Dostupné z: <https://www.theottoolbox.com/what-do-pediatric-occupational-therapists-do/>

TWYFORD, Karen a WATTERS, Samantha. In the Groove: An Evaluation to Explore a Joint Music Therapy and Occupational Therapy Intervention for Children with Acquired Brain Injury. *Voices A World Forum for Music Therapy*. [online]. University of Bergen Library, 2016, 16(1). [cit. 24.03.2022]. ISSN: 1504-1611. DOI: 10.15845/voices.v16i1.851.

UHLÍŘOVÁ, Jaromíra. Využití prvků muzikoterapie v praxi ergoterapeuta. In: Youtube. [online]. 6. 10. 2016. [cit. 21.03.2022]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/aktuality/156-konference-k-evropskemu-dni-muzikoterapie>
<https://www.youtube.com/watch?v=6Fv0FA3WXDA>.

VANČOVÁ, Alica. *Edukácia viacenasobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. 98 s. ISBN 80-967108-7-X.

VAŠEK, Štefan. *Základy špeciálnej pedagogiky*. 1. vydání. Bratislava: Sapiencia, 2003. 210 s. ISBN 8096879707.

VAŠEK, Štefan, VANČOVÁ, Alica a HATOS Gyaula et al. *Pedagogika viacenasobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1999. ISBN 80-96180-4-5.

VÉLE, František. *Kineziologie pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1997. 272 s. ISBN 80-7169-256-5.

VILLENEUVE, Myriam., PENHUNE, Virginia. a LAMONTAGNE, Anouk. A piano training program to improve manual dexterity and upper extremity function in chronic stroke survivors. *Frontiers in Human Neuroscience*. [online]. 2014, 8, 662. [cit. 21. 03. 2022] ISSN: 1662-5161. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00662.

VLACHOVÁ, Zuzana. Muzikoterapie: situace výzkumu u jedinců s autismem. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. [online]. Praha, 2016, 26, (1), 32-45. [cit. 24.03.2022] ISSN 1211-2720. Dostupné z: https://www.academia.edu/26067305/MUZIKOTERAPIE_SITUACE_V%20C3%9DZKUM_U_U_JEDINC%20C5%AE_S_AUTISMEM

VYSKOTOVÁ, Jana & MACHÁČKOVÁ, Kateřina. *Jemná motorika*. Vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4698-2.

World Federation of Music Therapy (WFMT). Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy. In: *World Federation of Music Therapy*. [online]. 1. 5. 2011. © 2008-2021. [cit. 15.1.2022]. Dostupné z: <https://wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy/>.

World Federation of Occupational Therapists (WFOT). About Occupational Therapy. In: *World Federation of Occupational Therapists*. [online]. 2012. © 2022. [cit. 25.2.2022]. Dostupné z: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>.

YOUNG, Namgung, DA-IN, Son a KYEONG-MI, Kim. Effect of Interactive Metronome® Training on Timing, Attention and Motor Function of Children With ADHD: Case Report. *The Journal Korean Academy of Sensory Integration*. [online]. 2015, 13(2), 63-73. [cit. 23.03.2022]. ISSN: 1738-0405. DOI: 10.18064/JKASI.2015.13.2.063.

ZELEINOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

ZIKL, Pavel. Pojem kombinované postižení. *Speciální pedagogika*. Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2005, 15(4), 241-245. ISSN 1211-2720.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník pro ergoterapeuty z České republiky.....	99
Příloha 2 Dotazník pro ergoterapeuty ze zahraničí	102
Příloha 3 Direktivní píseň pro nácvik mytí rukou	105

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník pro ergoterapeuty z České republiky

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Štenglová, jsem studentka Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni a v rámci studijního oboru ergoterapie pracuji na bakalářské práci s názvem "Využití muzikoterapeutických prvků v rámci ergoterapie u dětských pacientů s kombinovaným postižením".

Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění dotazníku, který je určen pro ergoterapeuty/ky pracující v pediatrii. Podmínkou k vyplnění je práce s dětmi s kombinovaným postižením.

V případě, že nepoužíváte muzikoterapeutické prvky ve své praxi, odpovězte prosím pouze na první dvě otázky dotazníku a formulář odešlete.

Časová náročnost na vyplnění dotazníku je cca 10 minut, výsledky budou zcela anonymní. U některých otázek lze zaškrtnout více odpovědí.

V případě jakýchkoli nejasností mě můžete kontaktovat nebo doplnit poznámku. Moc Vám děkuji za Vaši trpělivost a ochotu ke spolupráci a přeji mnoho úspěchů ve Vaší praxi.

S přáním hezkého dne,

Kateřina Štenglová

1. V jakém typu zařízení jako dětský/á ergoterapeut/ka pracujete?
 - a) Lůžkové zdravotnické zařízení
 - b) Ambulantní zdravotnické zařízení
 - c) Rehabilitační centrum, ústav
 - d) Speciální škola pro děti se specifickými potřebami
 - e) Denní stacionář a sociálně aktivizační služba pro děti
 - f) Lázeňské zařízení
 - g) Jiná odpověď

2. Využíváte ve své ergoterapeutické praxi hudbu, hudební nástroje nebo jiné muzikoterapeutické prvky (rytmická cvičení, zvukové efekty aj.)?
 - a) Ano – často
 - b) Ano – občas
 - c) Ne – ale chtěl/a bych
 - d) Ne

3. Jakým způsobem jste získal/a informace a zkušenosti, které nyní aplikujete ve své ergoterapeutické praxi?
 - a) Samostudium
 - b) Muzikoterapeutický kurz
 - c) Základní hudební vzdělání
 - d) Praxe a sledování kolegů
 - e) Jiná odpověď

4. Pozorujete ze strany dětí větší zájem o aktivity spojené s hudebními elementy?
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne

5. Muzikoterapeutické aktivity, které provádíte, působí na děti s kombinovaným postižením spíše:
 - a) Relaxačně
 - b) Stimulačně
 - c) Dráždivě
 - d) Kvůli individualitě dětí nelze hodnotit

6. V rámci jakých terapeutických aktivit využíváte muzikoterapeutické prvky?
 - a) Náviku ADLs
 - b) Senzorická integrace
 - c) Náviku úchopů
 - d) Trénink grafomotoriky
 - e) Relaxace
 - f) Neverbální komunikace
 - g) Stimulace čítí
 - h) Trénink kognitivních funkcí
 - i) Jiná odpověď

7. Cílem ergoterapie je dosáhnout u pacientů maximální možné soběstačnosti. Jak lze podle Vás využít hudbu při nácviku a provádění všedních denních činností?
8. U jakých diagnóz nejčastěji využíváte muzikoterapeutické techniky?
9. Podle čeho posuzujete míru úspěšnosti muzikoterapie v ergoterapeutické praxi? Uved'te prosím konkrétní příklad hodnotícího prostředku (hodnotící testy, škály,..), zda-li nějaký využíváte?
10. Závěrem, vnímáte muzikoterapii jako nedílnou součást ergoterapie a doporučil/a byste její využití i dalším ergoterapeutům? (Ano či ne? Proč?)

Příloha 2 Dotazník pro ergoterapeuty ze zahraničí

Hello,

my name is Kateřina Štenglová, I am from the Czech republic and I study occupational therapy at The Faculty of Health Care Studies of the University of West Bohemia. I am working on a bachelor thesis called "The use of music therapy elements among pediatric patients with multiple disabilities in occupational therapy".

I would like to ask you to fill a short questionnaire, which is designed for occupational therapists working in pediatrics, specifically with children with multiple disabilities.

If you don't use music therapy elements in your practice, please answer only the first three questions of the questionnaire and send it back.

The time required to complete the questionnaire is about 10 minutes, the results will be completely anonymous. Some questions can have more than one answer. If you have any questions, please do not hesitate to contact me or add a note.

Thank you very much for your patience and willingness to cooperate and I wish you many successes in your practice.

Yours sincerely

Kateřina Štenglová

Please, select your country.

1. In what type of institution do you work as an occupational therapist?

- a) Inpatient medical department
- b) Outpatient medical department
- c) Rehabilitation center
- d) Special school for children with special needs
- e) Day-care centres for children
- f) Community based rehabilitation
- g) Other option

2. Do you use music, musical instruments or other music therapy elements (rhythmic exercises, sound effects, etc.) in your occupational therapy practice?

- a) Yes – often
- b) Yes – sometimes
- c) No – but i want to
- d) No

3. How did you gain the information and experience that you apply in your occupational therapy practice now?

- a) Self-study
- b) Music therapy course
- c) Basic music education
- d) Practice
- e) Other option

4. Have children a greater interest in activities related to musical elements?

- a) Yes
- b) Rather yes
- c) Rather no
- d) No

5. What is the impact of the music therapy activities, that you apply on, affect children with a multiple disability?

- a) Relaxing
- b) Stimulating
- c) Irritatingly
- d) Due to the individuality of children, it cannot be said

6. In what therapeutic activities do you use music therapy elements?

- a) Training ADL's
- b) Sensory Integration
- c) Training grips
- d) Training graphic development
- e) Relaxation
- f) Nonverbal communication
- g) Proprioception
- h) Training cognitive functions
- i) Other option

7. The goal of occupational therapy is to achieve the maximum possible self-sufficiency. Would you consider to use music therapy as a part of ADL practice? How?
8. For which diagnoses do you use music therapy techniques most frequent?
9. What outcome measures do you use to assess the effectiveness of music therapy in occupational therapy practice? Please write a specific example of an assessment tool (assessment tests, scales, ..), if you use one?
10. In conclusion, do you perceive music therapy as an integral part of occupational therapy and would you recommend its use to other occupational therapists? (Yes or no? Why?)

Příloha 3 Direktivní píseň pro nácvik mytí rukou

“I Go and Wash My Hands”

To the tune of “So Early Sunday Morning”

Before I go and wash my hands,
Wash my hands, wash my hands,
Before I go and wash my hands,
I turn the water on.

Now its time to get some soap,
Get some soap, get some soap,
Now it’s time to get some soap,
And make it bubble up.

Then I wash the bubbles off,
Bubbles off, bubbles off,
Then I wash the bubbles off,
Until my hands are clean.

Now I turn the water off,
Water off, water off,
Now I turn the water off,
And then go dry my hands.

Paper towel dries my hands,
Dries my hands, dries my hands,
Paper towel dries my hands,
Then I put it in the trash.

Now that my hands are clean,
Hands are clean, hands are clean,
Now that my hands are clean,
I go sit down for lunch.